

Beziehungen zwischen Krankheitsbild und Therapieergebnis bei Psoriasis

Hans-Joachim Karge

1977



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Aus der Klinik für Dermatologie der Universität München

Direktor: Prof.Dr.med.O.Braun-Falco

Beziehungen zwischen Krankheitsbild und Therapieergebnis bei Psoriasis

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
an der Ludwig-Maximilians-Universität zu München.

vorgelegt von
Hans-Joachim Karge
aus München

1976

Mit Genehmigung des Fachbereiches Medizin der Universität München

Berichterstatter: Prof.Dr.med.G.Rassner
Mitberichterstatter: Prof.Dr.med.O.Braun-Falco
Dekan: Prof.Dr.med.W.Spann
Tag der mündlichen Prüfung: 25.1.1977



Inhaltsübersicht

1. Einleitung
2. Methodik
 - 2.1. Fragebogen
 - 2.2. Katamnesebogen
 - 2.3. Patientengut
 - 2.4. Therapieschema
 - 2.4.1. Externe Therapie
 - 2.4.2. Interne Therapie
3. Ergebnisse: Stationäre Therapie
 - 3.1. Allgemeine Dauer des stationären Aufenthaltes und Erfolgsquote
 - 3.2. Stationäre Behandlungsdauer bei verschiedenen Psoriasisformen
 - 3.3. Stationäre Behandlungsdauer bei zusätzlicher Gabe von internen Antipsoriatica.
4. Katamnestische Erhebungen
 - 4.1. Rezidiv
 - 4.2. Dauer des Heilerfolges
 - 4.2.1. Freies Intervall nach stationärer Abheilung
 - 4.2.2. Freies Intervall nach stationärer Besserung
 - 4.3. Einfluß einer Behandlung im freien Intervall
 - 4.4. Einfluß sonstiger Faktoren auf das freie Intervall
 - 4.4.1. Auswirkungen der Dauer der stationären Behandlung auf die Dauer des freien Intervalls
 - 4.4.2. Exogene und endogene Faktoren als Ursache des Rezidivs
5. Beziehungen zwischen klinischem Bild der Psoriasis und den Therapieergebnissen
 - 5.1. Beeinflussung der stationären Behandlungsdauer
 - 5.1.1. Alter zur Zeit der Erstmanifestation
 - 5.1.2. Familiäre Belastung
 - 5.1.3. Schweregrad des Verlaufs
 - 5.1.4. Psoriasis und Gelenkbeschwerden
 - 5.1.5. Lokalisation der Erstmanifestation
 - 5.1.6. Dauer der Erkrankung seit Erstmanifestation

- 5.2. Beeinflussung des freien Intervalls
- 5.2.1. Alter zur Zeit der Erstmanifestation
- 5.2.2. Familiäre Belastung
- 5.2.3. Schweregrad des Verlaufs
- 5.2.4. Psoriasis und Gelenkbeschwerden
- 5.2.5. Lokalisation der Erstmanifestation
- 5.2.6. Dauer der Krankheit seit Erstmanifestation
- 6. Diskussion
- 6.1. Geschlechterverteilung
- 6.2.1. Stationäre Therapie
- 6.2.2. Stationäre Behandlungsdauer bei zusätzlicher Gabe von Internia
- 6.3. Rezidivfreies Intervall
- 6.3.1. Dauer des rezidivfreien Intervalls
- 6.3.2. Einfluß einer Behandlung im rezidivfreien Intervall
- 6.3.3. Auswirkungen der Dauer der stationären Behandlung auf die Dauer des freien Intervalls
- 6.3.4. Exogene und endogene Faktoren als Ursache des Rezidivs
- 6.4. Beziehungen zwischen dem klinischen Bild der Psoriasis und den Therapieergebnissen
- 6.4.1. Alter zur Zeit der Erstmanifestation
- 6.4.2. Familiäre Belastung
- 6.4.3. Schweregrad des Verlaufs
- 6.4.4. Psoriasis und Gelenkbeschwerden
- 6.4.5. Lokalisation der Erstmanifestation
- 6.4.6. Dauer der Erkrankung seit Erstmanifestation
- 7. Zusammenfassung

Tabellen

Abbildungen

Literaturverzeichnis

1. Einleitung

Die Psoriasis ist - bei einer Morbidität von 2% der Bevölkerung - nach dem Ekzem die zweithäufigste Dermatose (Braun-Falco, 1968). Zu ihrer Behandlung stehen dem Dermatologen eine Vielzahl von therapeutischen Möglichkeiten zur Verfügung. Der Grund hierfür liegt darin, daß bisher die Ätiologie der Erkrankung nur teilweise bekannt ist, so daß die Behandlung nur symptomatisch erfolgen kann. Zwar weiß man, daß die Psoriasis durch einen genetischen Defekt vererbbar ist, trotzdem muß sie nicht bei jedem Träger dieses Defektes zum Ausbruch kommen. Man nimmt an, daß bei bestehender Disposition erst durch Reize exogener oder endogener Natur die Erkrankung ausgelöst wird. Deshalb wurde der Begriff "erbliche Dispositionskrankheit" geprägt. Trotz intensiver Forschung konnte bis heute kein einheitlicher Therapieplan festgelegt werden. Übersichtsarbeiten der letzten Jahre über die Behandlungsmöglichkeiten der Psoriasis machen dies deutlich (Braun-Falco, 1963, Braun-Falco, 1965, Burckhardt, 1963, Korting, 1966, Korting, 1970, Krebs, 1967, Rassner, 1970, Rassner, 1972, Weirich, 1960, und Weirich 1971).

Den meisten Antipsoriatica liegt folgende Eigenschaft zugrunde. Sie bremsen die überstürzte epidermale Zellteilung. So besitzen sowohl Interna, wie Corticosteroide und Cytostatica, auch Externa, wie Dithranol, Corticosteroide und Teer, und schließlich auch ionisierende Strahlen diese Hemmwirkung auf die gesteigerte mitotische Aktivität der Epidermis. Weiter kann man bei allen Antipsoriatica beobachten, daß, setzt man nach eingetretener Heilung die Behandlung ab, nach einem mehr oder weniger langen freien Intervall ein Krankheitsrezidiv eintritt. Dies läßt sich besonders bei der äußerlichen Anwendung von fluorierten Corticosteroiden beobachten. Zwar bringen sie innerhalb kurzer Zeit die Psoriasis-

herde zum Verschwinden, häufig kommt es aber kurz nach Absetzen der Therapie zu einem Rezidiv. Daher versucht man ihre gute Heilwirkung mit anderen Medikamenten, vor allem den klassischen Antipsorietica, zu kombinieren.

Um die Wirksamkeit eines Medikamentes im Vergleich zu anderen zu prüfen, wird meist als Kriterium die Dauer der Behandlungszeit herangezogen. Mindestens genau so wichtig ist jedoch die Länge des rezidivfreien Intervalls. Zu beachten ist weiterhin, daß spontane Teil- oder Vollremissionen bei etwa 30% der Patienten auftreten können (Braun-Falco, 1963). So bleibt es nicht aus, daß Medikamente, denen gute antipsoriatische Effekte nachgesagt werden, einer genauen Prüfung der therapeutischen Wirksamkeit nicht standhalten können. Rassner fordert deshalb in einer Arbeit (1972) von einem optimalen Antipsorieticum folgende Eigenschaften:

- a) Erzielung einer hohen Quote von Voll- und weitgehenden Teilremissionen (deutlich höher als der Anteil der Spontanremission).
- b) Schnelle therapeutische Wirkung.
- c) Keine gravierenden Nebenwirkungen.
- d) Erzielung langfristiger Remissionen.
- e) Leichte Durchführbarkeit der Behandlung.

Dithranol (Cignolin^R), schon seit vielen Jahrzehnten ein außerordentlich häufig angewandtes und zu den klassischen Antipsorietica gezähltes Medikament, birgt viele dieser Eigenschaften in sich. Außer der möglichen Nebenwirkung in Form einer toxischen Dermatitis und sowohl Haut- als auch Kleidungsverfärbung durch Oxydation zu Chrysazin, einem Anthrachinon (näheres siehe Krebs und Schaltegger, 1969),

die eine ambulante Behandlung weitgehend unmöglich machen, erfüllt es fast alle geforderten Eigenschaften. Jedoch liegen bis heute noch nahezu keine Untersuchungen über die Dauer des freien Intervalls nach Behandlung mit Cignolin^R vor.

Das Ziel dieser Arbeit bestand darin bei Anwendung eines festen Therapieschemas (s.u.) neben der therapeutischen Wirksamkeit des Cignolin^R insbesondere die Heilungsdauer bzw. Rezidivhäufigkeit und - Zeitpunkt zu überprüfen mögliche Einflußfaktoren zu erfassen und zu analysieren.

Dazu wurden Fragebögen (s.u.) ausgearbeitet, die während des stationären Aufenthaltes vom Untersucher mit dem Patienten, bei Auftreten eines Rezidivs nach Entlassung alleine vom Patienten beantwortet wurden. Die Auswertung der Fragebögen ergab die Grundlage zu dieser Arbeit.

2. Methodik

Am Tage der stationären Aufnahme wurden die Patienten vom Untersucher anhand eines ausgearbeiteten Fragebogens (s.u.) zu ihrem Krankheitsbild befragt. Im einzelnen ging es um folgende Daten: Familien- und Eigenanamnese, Krankheitsverlauf - aufgegliedert nach Erstmanifestation, weiterem Verlauf und jetzigem Befund. Der Fragebogen hätte, in dieser Form dem Patienten zum selbständigen Beantworten ausgehändigt, dem einem oder anderen Schwierigkeiten bereitet. Um diese zu vermeiden und um sofort Unklarheiten im Gespräch zu beseitigen, wurde jeder Patient vom Untersucher selbst befragt. Man erhoffte sich auf diese Weise möglichst exakte Daten und eine gewissenhafte Beantwortung aller Fragen zu erzielen.

Während des stationären Aufenthaltes wurden die Patienten nach einem standardisierten Therapieschema (s.u.) behandelt. Dabei wurde in den meisten Fällen Dithranol angewandt. Bei der Entlassung wurde die Therapie während des stationären Aufenthaltes, zwischenzeitlich aufgetretene Schübe, sowie der Entlassungszustand des Patienten im Fragebogen vermerkt. Gleichzeitig wurde dem Patienten ein Katamnesebogen (s.unten) überreicht, samt adressiertem und frankiertem Umschlag, mit der eindrücklichen Bitte, diesen, sobald neue Herde auftreten, möglichst genau auszufüllen und zurückzusenden. Der Katamnesebogen war in seiner Form, wie man unten entnehmen kann, so einfach gehalten, daß ihn jeder Patient ohne großen Zeitaufwand und Überlegung ausfüllen konnte.

2.1. Fragebogen

An dieser Stelle soll gleich angeführt werden, daß nicht alle Punkte des Fragebogens hier ausgewertet werden. Ein Teil der Ergebnisse hat sich für diese Arbeit als

unergiebig erwiesen, ein anderer Teil wird eine getrennte Auswertung erfahren.

2.1. STATIONSBERICHT

Anamnese

Familienanamnese:

Psoriasis in Familie:

Gesamtzahl + - ?

Kinder

Geschwister

Eltern

Großeltern

Sonstige

Erstmanifestation: Jahr: Alter:

Gelenkerkrankungen in Familie: + - ?

Gynäkologische Anamnese:

Menarche (Alter):

Regel: regelmäßig unregelmäßig

Menopause (Alter):

Partus (wann):

Abortus (wann):

Sonstiges:

Berufs-Anamnese: früherer Beruf: von bis

 jetziger Beruf: von bis

Jetzige Anamnese (Psoriasis):

Erstmanifestation

Beginn, wann (Jahr-Monat): Dauer:

Lokalisation:

Form: Psoriasis vulg. ex.: chron.: Mischform:

Psoriasis pustulosa Barber

Zumbusch

Erythrodermie:

Gelenkbeschwerden:

+ - ?

Schwere: maximal wenig Herde _____ zahlreiche Herde _____

Ursache: Tonsillitis:

sonstige Erkrankung:

Stress psychisch:

Stress physisch:

Sonstiges:

Weiterer Verlauf:

Ständige Erscheinungen:

gleich stark

+ - ?

wechselnd

+ - ?

Freie Intervalle:

regelmäßig

unregelmäßig

Intervalldauer (Monate/Jahre):

maximal

minimal

Lokalisation:

fest

wechselnd

Stellen (welche):

Schwere: maximal wenig Herde _____ zahlreiche Herde _____
wechselnd _____

Änderung des Krankheitsbildes:

ja

nein

Übergang Ps. vulg. ex.

Mischform:

wann:

Übergang Ps. vulg. ex.

chronisch:

wann:

Übergang Ps. vulg.ex./chron.

Ps. pustulosa

Barber:

wann:

Zumbusch:

wann:

Auftreten von Gelenkbeschwerden (Jahr):

wann:

Letztes Rezidiv:

Beginn, wann (genaue Angabe):

Lokalisation:

Form: Ps. vulg. ex.

chronisch:

Mischform:

Ps. pustulosa Barber

Zumbusch

Erythrodermie:

Gelenkbeschwerden:

+ - ?

Schwere: maximal wenige Herde _____ zahlreiche Herde _____

Ursache: Tonsillitis: + - ?

Sonst. Erkrankung:

Stress psychisch:

Stress physisch:

Sonstiges:

Hat sich die Psoriasis im Laufe
der Jahre geändert:

schwerer:

leichter:

gleich stark:

Aufnahmebefund:

Hautbefund:

Psoriasis vulgaris ex. chron. Mischform

Psoriasis pustulosa Barber Zumbusch

Erythrodermie:

Allgemeinbefund:

Konstitutions Typ:

Athlet: Pykn.:

Leptos.: Mischtyp:

Kräftezustand:

gut reduziert

Herzinsuffizienz:

latent manifest keine

Gewicht (kg):

Größe (cm):

Subjektive Beschwerden:

Haut (welche Beschwerden):

Gelenke (welche Gelenke):

Sonstige Beschwerden:

Stationäre Therapie (s. Therapieschema)

Therapiebeurteilung

Vollständige Abheilung ja nein

++ Abheilung + Besserung Ø kein Effekt - Verschlechterung

2.2. Katamnesebogen

Fragen:

- 1.) Waren bei Entlassung aus der Stationsbehandlung alle Schuppenflechtenherde restlos abgeheilt?
ja nein (zutreffendes bitte ankreuzen)
- 2.) Wenn bei Entlassung noch Schuppenflechtenherde bestanden:
Wo bestanden diese Herde?
- 3.) Haben Sie nach der Entlassung aus der Stationsbehandlung die Haut äußerlich behandelt?
ja nein (zutreffendes bitte ankreuzen)
- 4.) Womit haben Sie behandelt? (Name der Salben):
- 5.) Haben Sie täglich behandelt oder nur gelegentlich?
- 6.) Wann (möglichst genaues Datum) sind neue Herde aufgetreten oder ist eine wesentliche Verschlimmerung eingetreten?
- 7.) An welchen Stellen sind zunächst die neuen Herde aufgetreten?
- 8.) Sind die neuen Herde schnell (innerhalb von Tagen) aufgetreten oder haben sie sich langsam (in Wochen) entwickelt?
- 9.) Hatten Sie vor dem Rückfall der Hauterkrankung
Mandelentzündung ja nein
Grippe ja nein
Seelische Aufregung ja nein
Unfall ja nein
Operation ja nein
sonstige Hauterkrankungen ja nein
oder innere Erkrankungen - welche:
- 10.) Worauf führen Sie das Wiederauftreten von neuen Psoriasis-herden zurück?

2.3. Patientengut

Das Einzugsgebiet der Dermatologischen Universitätsklinik beschränkt sich nicht nur auf den Großraum München, sondern auf alle Teile Bayerns. So stammten auch die Mehrzahl unserer stationär behandelten Psoriasis-Patienten aus der weiteren Umgebung Münchens. Aus technischen Gründen ließ sich unsere Untersuchung und die genaue Einhaltung des Therapieschemas (s.unten) nur auf der Frauenstation der Klinik durchführen. So blieb es nicht aus, daß in dem Zeitraum von fast 3 Jahren also von Anfang 1966 bis Ende 1970, nur 100 stationäre Patientinnen erfaßt wurden. Wir nahmen aber diese Zahl in Kauf, um die korrekte Durchführung der Befragung der Patienten anhand der Fragebögen und den genauen Ablauf der unten angeführten Therapie zu gewährleisten. Zudem hofften wir durch häufigen Kontakt mit den Patientinnen, ihr Interesse am Wert des Katamnesebogens zu wecken, der eventuell Aufschlüsse über das sie betreffende Krankheitsbild bringen würde. Leider wurde unsere Erwartung nur teilweise erfüllt. Obwohl den Patientinnen bei der Entlassung der Katamnesebogen genau erklärt wurde und samt adressiertem Freiumschlag ausgehändigt wurde, war die Anzahl der Zuschriften gering. Nach noch zweimaligem Anschreiben und persönlichem Aufsuchen der in München wohnhaften Patientinnen erreichten wir schließlich die Zahl von 34 Katamnesen. Der Grund dafür soll hier nicht untersucht werden, vielleicht spielt aber eine Rolle, was Zumbusch 1912 sagte, daß mit steigendem Alter die

Patienten gleichgültiger gegen die Psoriasis-erkrankung werden.

Unsere Patientinnen waren zum Zeitpunkt der stationären Behandlung zwischen 16 und 80 Jahre alt. Sie verteilten sich auf folgende Altersgruppen:

10. - 19. Lebensjahr	8 Patientinnen
20. - 29. Lebensjahr	30 Patientinnen
30. - 39. Lebensjahr	12 Patientinnen
40. - 49. Lebensjahr	14 Patientinnen
50. - 59. Lebensjahr	16 Patientinnen
60. - 69. Lebensjahr	16 Patientinnen
70. - 79. Lebensjahr	3 Patientinnen
80. - 89. Lebensjahr	1 Patientin

Siehe dazu auch Abb. 1.

2.4. Therapieschema

2.4.1. Externe Therapie

Allgemeines:

Abschuppung am Kopf mit Salicylöl, am Stamm und Extremitäten mit Salicylvaseline 3% - 5%. Einmal wöchentlich ein Satinabad, anschließend gelbe Vaseline. Wenn die Patientin äußerlich Cignolin^R erhält, wird am Tage nach dem Bad für einen Tag die nächst niedrigere Konzentrationsstufe genommen.

Spezielle Lokalisation:

Kopf: Capillitium - Psol^R-Salbe 3% und 5%
- Jellin^R s.N.Creme

Hände und Füße: Cignolin-Chloroform (0,5%) morgens und abends auftragen.
Zusätzlich abends Jellin^R s.N.-Salbe okklusiv

Intertriginöse Bereich: Solutio Castellani.

Nägel: Bei schwerer Nagelpsoriasis - Röntgenbestrahlung.

Stamm und Extremitäten:

1. Cignolin^R-Zinkpaste in steigender Dosierung
2. Cignolin^R-Vaseline in steigender Dosierung
3. Jellin^Rs.N.-Salbe okklusiv
4. Lotio alba.

2.4.2. Interne Therapie

Bei 9 Patientinnen wurde eine interne Therapie mit Triamcinolon oder Amethopterin durchgeführt. Extern erhielten die Patientinnen gelbe Vaseline oder Corticosteroide.

Dosierung: Triamcinolon (Volon^R) 20 mg in fallender Dosierung
Amethopterin (Methotrexat^R) 2,5-5 mg/die für eine
Woche, dann eine Woche Pause.

3. Ergebnisse: Stationäre Therapie

3.1. Allgemeine Dauer des stationären Aufenthaltes und Erfolgsquote

Die Dauer des stationären Aufenthaltes aller 100 Patientinnen betrug von der stationären Aufnahme bis zur Entlassung durchschnittlich fast 45 Tage (s. Tab. 1). Dabei wurde nicht berücksichtigt, daß die Abschuppung der eigentlichen "aktiven Therapie", also der antipsoriatischen Therapie, vorausging und in vielen Fällen bis zu 4 Tage dauerte. Die Dauer des stationären Aufenthaltes erstreckte sich von 14 Tage bis 191 Tage. Die extrem lange Aufenthaltsdauer - 105, 156 und 191 Tage (s. auch Abb. 3), läßt sich auf unter der Therapie neu aufflammende Eruptionen zurückführen, die dann wieder ganz von Anfang an behandelt werden mußten. Läßt man die drei Extremwerte außer Betracht, so beträgt die durchschnittliche Dauer des stationären Aufenthaltes 41,7 Tage.

40 Patientinnen konnten in abgeheiltem Zustand entlassen werden, ihre durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug fast 40 Tage. In weitgehend gebessertem Zustand, nehmen wir die 5 Patientinnen aus, die auf eigenen Wunsch die Klinik verließen und die Patientin, die zur Operation eines Uteruscarcinoms verlegt wurde, wurden 54 Patientinnen entlassen, nach einem durchschnittlichen Aufenthalt von etwas mehr als 48 Tagen. Ohne die drei Patientinnen, die extrem lange stationär behandelt wurden, läge der durchschnittliche Wert des stationären Aufenthaltes dieser Gruppe bei nicht ganz 43 Tagen.

Zusammenfassung:

1. Zahl aller behandelten Patientinnen : 100
Stationäre Aufenthaltsdauer (Mittelwert) 45 Tage
2. In abgeheiltem Zustand entlassene Patientinnen: 40
Stationäre Aufenthaltsdauer (Mittelwert) 40 Tage
3. In gebessertem Zustand entlassene Patientinnen: 54
Stationäre Aufenthaltsdauer (Mittelwert) 48,3 Tage.

3.2. Stationäre Behandlungsdauer bei verschiedenen Psoriasisformen

Der Fragebogen enthielt zwar eine genauere Unterteilung der Psoriasis vulgaris in exanthematische, eine chronische und eine Mischform, jedoch erwies sich nach unseren Auswertungen diese Unterteilung als wenig praktikabel, da die meisten Patientinnen eine Mischform hatten, also sowohl exanthematische als auch chronische Herde aufwiesen. Es soll hier nur zwischen den Formen Psoriasis vulgaris, Psoriasis pustulosa und Erythrodermie unterschieden werden.

93 Fälle (93%) wiesen eine Psoriasis vulgaris auf (s.Tab.2). Durchschnittlicher stationärer Aufenthalt nicht ganz 44 Tage. Davon konnten 38 (40,9%) nach einer durchschnittlichen Dauer von 39 Tagen in abgeheiltem Zustand entlassen werden. In gebessertem Zustand verließen 55 Patientinnen (59,1%) nach durchschnittlich 47 Tagen die Klinik.

An Psoriasis pustulosa waren insgesamt 6 Patientinnen erkrankt. Durchschnittlicher Aufenthalt 62 Tage. In abgeheiltem Zustand verließen 2 Patientinnen nach durchschnittlich 57,5 Tagen, in gebessertem Zustand 4 Patientinnen, nach durchschnittlich 64,5 Tagen die Klinik.

Eine Patientin war sowohl an einer Psoriasis vulgaris, als auch einer Psoriasis pustulosa erkrankt. Nach 57 Tagen konnte sie in gebessertem Zustand entlassen werden. Bei den 100 hier untersuchten Fällen lag keine Erythrodermie vor.

Zusammenfassung:

1. Zahl aller behandelten Patientinnen: 100
Abgeheilt: 40 Patientinnen (40 Tage), gebessert: 54 Patientinnen (48,3 Tage)
2. Psoriasis vulgaris: 93 Patientinnen, stationärer Aufenthalt (Mittelwert) 43,75 Tage, davon abgeheilt: 38 Patientinnen (39,11 Tage), gebessert: 55 Patientinnen (46,96 Tage)
3. Psoriasis pustulosa: 6 Patientinnen, stationäre Aufenthaltsdauer im Mittel 62,17 Tage, davon abgeheilt 2 Patientinnen (57,5 Tage), gebessert 4 Patientinnen (64,5 Tage)
Psoriasis pustulosa und Psoriasis vulgaris: 1 Patientin, stationäre Aufenthaltsdauer 57 Tage.

3.3. Stationäre Behandlungsdauer bei zusätzlicher Gabe von internen Antipsoriatica

Laut Therapieplan sollte in speziellen Fällen Triamcinolon in Form von Volon^R und Amethopterin in Form von Methotrexat^R intern appliziert werden. Bei 9 Patientinnen war dies der Fall. 8 Patientinnen erhielten Volon^R 20 mg in fallender Dosierung, 3 davon zeigten pustulöse Erscheinungen, die übrigen 5 Psoriasis vulgaris. Die Patientin mit sowohl pustulösen als auch erythemato-squamösen Erscheinungen wurde mit Methotrexat^R 5 mg/die behandelt.

Die Aufenthaltsdauer dieser 9 Patientinnen schwankt zwischen 49 und 105 Tagen. Der durchschnittliche Wert lag bei 64,9 Tagen. Vergleichen wir ihn mit dem Durchschnittswert des stationären Aufenthaltes aller unserer Patientinnen (siehe Tab. 1) so fällt uns auf, daß diese 9 Patientinnen im Durchschnitt fast 20 Tage länger stationär behandelt wurden. Teilweise handelte es sich, wie bei den pustulösen Formen, um schwer therapierbare Formen, teilweise war es unter der Behandlung zu immer neuen Schüben gekommen.

Zusammenfassung:

Zahl der behandelten Patientinnen: 100

Stationäre Aufenthaltsdauer (Mittelwert) 45 Tage

Zahl der mit Interna behandelten Patientinnen: 9

Stationäre Aufenthaltsdauer (Mittelwert) 64,9 Tage.

4. Ergebnisse: Katamnestische Erhebungen

4.1. Rezidiv

Von den 34 Patientinnen, die hier zur Auswertung kommen, waren nach den ersten 4 Wochen nach stationärer Entlassung schon wieder 38% (13 Patientinnen) (s. Tab. 3) erkrankt. Nach 4 Monaten zeigten fast $2/3$ dieses Patientengutes (23 Patientinnen) ein Rezidiv. In den meisten Fällen handelte es sich um keine wesentliche Verschlimmerung, sondern nur um einzelne, neu gebildete Herde. 3 Patientinnen waren nach 8 Monaten noch ohne Rezidiv. Sie schickten jedoch zu diesem Zeitpunkt ihre Katamnesebögen zurück. Nur 20,6% oder ca. $1/5$ (7 Patientinnen) erkrankten nach 8 Monaten, bzw. waren nach diesem Zeitpunkt noch erscheinungsfrei.

4.2. Dauer des Heilerfolges

Von den 34 Patientinnen die ihre Katamnesebögen zurück-schickten, kommen 31 zur Auswertung. Die verbleibenden 3 Patientinnen waren über 8 Monate erscheinungsfrei geblieben, hatten aber die Bögen zurückgeschickt.

Die 31 Patientinnen waren durchschnittlich 77,6 Tage nach der Entlassung aus der stationären Behandlung erscheinungsfrei. Die Werte schwankten zwischen maximal 253 Tage und minimal 8 Tage Remissionsdauer.

4.2.1. Freies Intervall nach stationärer Abheilung

In abgeheiltem Zustand konnten 12 Patientinnen (38,7%) entlassen werden. Das Rezidiv trat in 2 Fällen schon nach 21 Tagen auf. Der Maximalwert der Erscheinungsfreiheit lag bei 253 Tagen (über 8 Monate). Durchschnittlich waren diese 12 Patientinnen über 109 Tage erscheinungsfrei.

4.2.2. Freies Intervall nach stationärer Besserung

19 Patientinnen (61,3%) verließen die Klinik in gebessertem Zustand. Die durchschnittliche Dauer der Remission lag bei 57,7 Tagen. Dabei streuten die Werte zwischen minimal 8 Tagen (2 Fälle) und maximal 220 Tagen.

Zusammenfassung:

Zahl der befragten Patientinnen: 100

Zahl der effektiven Antworten: 34

Zahl der zu verwertenden Antworten: 31

Gesamte durchschnittliche Remissionsdauer: 77,6 Tage

Durchschnittliche Remissionsdauer nach stationärer

Abheilung: 12 Patientinnen (38,7%) 109 Tage (Mittelwert)

Durchschnittliche Remissionsdauer nach stationärer

Besserung: 19 Patientinnen (61,3%) 57,7 Tage (Mittelwert).

4.3. Einfluß einer Behandlung im freien Intervall

Diese Frage wurde von 34 Patientinnen beantwortet.

Mit Corticosteroidcremes (Jellin^R, Betnesol^R-V, Volonimat^R und Ultralan^R) haben 17 Patientinnen täglich behandelt. Ihre durchschnittliche Erscheinungsfreiheit betrug 64 Tage. In abgeheiltem Zustand wurden davon 5 Patientinnen entlassen, durchschnittliche Erscheinungsfreiheit 44 Tage. 12 Fälle wurden als gebessert entlassen, nach durchschnittlich 72 Tagen kam es wieder zu einem Rezidiv.

Ohne Behandlung oder nur mit gelegentlicher Behandlung dauerte das freie Intervall der übrigen 14 Patientinnen durchschnittlich 96 Tage. Davon wurden 7 in abgeheiltem Zustand entlassen, ihr Rezidiv trat durchschnittlich nach 155 Tagen auf. In gebessertem Zustand verließen die weiteren 7 Fälle die Klinik, sie waren durchschnittlich 37 Tage erscheinungsfrei.

Von den 3 Patientinnen, die über 8 Monate rezidivfrei blieben wurden 2 in abgeheiltem Zustand entlassen, sie behandelten sich im freien Intervall nicht. Die 3. Patientin wurde in gebessertem Zustand entlassen, sie behandelte sich täglich.

Zusammenfassung:

Zahl der befragten Patientinnen: 100

Zahl der Antworten: 34

Zahl der auszuwertenden Antworten: 31

Behandlung im freien Intervall 17 Patientinnen (54,8%),
durchschnittliche Remissionsdauer: 64 Tage.

Ohne Behandlung im freien Intervall: 14 Patientinnen
(45,2%) durchschnittliche Remissionsdauer 155 Tage.

4.4. Einfluß sonstiger Faktoren auf das freie Intervall

4.4.1. Auswirkung der Dauer der stationären Behandlung
auf die Dauer des freien Intervalls

Die 31 Patientinnen wurden durchschnittlich 41 Tage stationär behandelt. Die durchschnittliche Dauer des freien Intervalls betrug 78 Tage. Über der durchschnittlichen stationären Aufenthaltsdauer von 41 Tagen lagen 12 Patientinnen.

Ihr Aufenthalt betrug im Mittel 54 Tage.

Berechnet man von diesen 12 Fällen das rezidivfreie Intervall, so ergibt sich ein Durchschnittswert von 76 Tagen. Teilt man auf in die Gruppen abgeheilt - gebessert bei stationärer Entlassung, so zeigt sich, daß die 12 Patientinnen, die in abgeheiltem Zustand die Klinik verließen, im Durchschnitt 39 Tage stationär behandelt wurden. Ihr erscheinungsfreies Intervall betrug

wie oben angeführt durchschnittlich 109 Tage. Die restlichen 19 Patientinnen, die in gebessertem Zustand die Klinik verließen, hatten eine durchschnittliche stationäre Aufenthaltsdauer von 42 Tagen bei einer Rezidivfreiheit von 57 Tagen im Mittel.

Zusammenfassung:

Zahl der befragten Patientinnen: 100

Zahl der Antworten: 34

Zahl der effektiven Antworten: 31

Stationärer Aufenthalt dieser 31 Patientinnen: Mittelwert 41 Tage.

Remissionsdauer: Mittelwert 76 Tage.

Über dem Mittelwert des stationären Aufenthaltes: 12 Patientinnen (38,7%), 54 Tage (Mittelwert).

Ihre Remissionsdauer: Mittelwert 76 Tage.

"Abgeheilt" (12 Patientinnen): Stationärer Aufenthalt (Mittelwert) 39 Tage.

Remissionsdauer: 109 Tage

"Gebessert" (19 Patientinnen): Stationärer Aufenthalt (Mittelwert) 42 Tage

Remissionsdauer: 57 Tage.

4.4.2. Exogene und endogene Faktoren als Ursache des Rezidivs

Diese Frage wurde von allen 34 Patientinnen beantwortet (s. Tab. 4). Am häufigsten gaben 7 Patientinnen (20,6%) als auslösende Ursache seelische Aufregung an, gefolgt von grippalem Infekt, der bei 4 Patientinnen (11,8%) als Ursache des Rezidivs angegeben wurde. Jeweils 1 Patientin (2,9%) gab an, daß dem neuerlichen Auftreten von Hauterscheinungen eine Appendektomie bzw. eine Tonsillitis vorausgegangen war. Weitaus die Mehrzahl, nämlich 18 Patientinnen (52,9%) konnte auf diese Frage keine Antwort geben. 3 Patientinnen waren remissionsfrei geblieben, sie konnten demnach noch keine Angaben zu dieser Frage machen.

Zusammenfassung:

Zahl der befragten Patientinnen: 100

Zahl der effektiven Antworten: 34

38,2% (13 Patientinnen) nannten eine mögliche Ursache für die Auslösung des Rezidivs.

52,9% (18 Patientinnen) wußten keine Antwort zur Frage: Ursache für die Auslösung des Rezidivs?

3 Patientinnen blieben ohne Rezidiv.

5. Beziehungen zwischen dem klinischen Bild der Psoriasis und den Therapieergebnissen.

5.1. Beeinflussung der stationären Behandlungsdauer

5.1.1. Alter zur Zeit der Erstmanifestation

Alle 100 Patientinnen konnten sich an das Alter zurückerinnern, in dem sie zum ersten Male die Psoriasis an sich entdeckten. Dabei war 8 Jahre das früheste Erstmanifestationsalter, 80 Jahre das späteste, das angegeben wurde.

Abb. 2 zeigt die Altersverteilung zur Zeit der Erstmanifestation.

Am häufigsten manifestierte sich die Erkrankung im 2.

und 3. Lebensjahrzehnt mit 60 Patientinnen (60%).

Das durchschnittliche Erstmanifestationsalter war 26,3 Jahre.

Setzt man die einzelnen Lebensjahrzehnte mit der Dauer des stationären Aufenthaltes in Beziehung, so zeigt sich, daß mit zunehmendem Erstmanifestationsalter, ab dem 40. Lebensjahr, der Mittelwert der stationären Aufenthaltsdauer ansteigt (s. Tab. 5 und Abb. 3).

Zusammenfassung:

Zahl der befragten Patientinnen: 100

Zahl der effektiven Antworten: 100

Stationäre Aufenthaltsdauer: Mittelwert: 45 Tage

82% (82 Patientinnen) lagen unter diesem Durchschnittswert, sie erkrankten im 1. - 4. Lebensjahrzehnt.

18% (18 Patientinnen) lagen über diesem Durchschnittswert, sie erkrankten im 5. - 8. Lebensjahrzehnt.

Durchschnittliches Erstmanifestationsalter: 26,3 Jahre.

5.1.2. Familiäre Belastung

Von den 100 Befragten gaben 35 Patientinnen (35%) an, daß bei ihren Familienangehörigen ebenfalls Psoriasis bestand. Dabei waren am häufigsten betroffen Geschwister (19), Vater (13), Onkel oder Tante (5), Mutter (5), Großvater oder Großmutter (3), Cousine oder Cousin (3) und schließlich Großonkel (1).

In 3 Fällen waren jeweils 3 Verwandte erkrankt, in 11 Fällen jeweils 2, in den restlichen 21 Fällen schließlich 1 Familienangehöriger.

Die übrigen 65 Patientinnen (65%) antworteten auf die Frage, ob eine Schuppenflechte in der Familie aufgetreten war, mit nein oder nicht sicher zu beantworten.

Die 35 Patientinnen mit familiärer Belastung waren durchschnittlich 43 Tage in stationärer Behandlung. Dieser Mittelwert entspricht in etwa dem Mittelwert des stationären Aufenthaltes aller 100 Patientinnen von 45 Tagen.

Zusammenfassung:

Zahl der befragten Patientinnen : 100, stationäre Aufenthaltsdauer 45 Tage (Mittelwert).

Zahl der effektiven Antworten mit familiärer Belastung: 35 (35%), stationäre Aufenthaltsdauer 43,1 Tage (Mittelwert).

Nicht sicher oder keine familiäre Belastung : 65 (65%).

5.1.3 Schweregrad des Verlaufs

Die Frage, hat sich im Laufe der Zeit ihre Psoriasis geändert - schlechter ? - gleich stark ? - besser ?, beantworten alle 100 Patientinnen.

59 berichteten von Verschlechterung, ihr durchschnittlicher stationärer Aufenthalt betrug 42,8 Tage. Gleichstark blieb die Psoriasis bei 38 Patientinnen. Sie blieben im Mittel 45,7 Tage stationär. Bei 2 war es zu einer Besserung gekommen, dennoch war ihr stationärer Aufenthalt fast doppelt so lang wie der, der anderen beiden Gruppen, nämlich 98,5 Tage im Mittel. Da es sich jedoch um nur 2 Patientinnen handelt besagt dieses Ergebnis nichts. Eine Patientin gab an, daß sie zum ersten Mal an Psoriasis erkrankt sei.

Zusammenfassung:

Zahl der befragten Patientinnen: 100

Zahl der effektiven Antworten: 99, durchschnittlicher stationärer Aufenthalt 45 Tage (Mittelwert)

Verschlechterung: 59, durchschnittlicher stationärer Aufenthalt (Mittelwert) 42,8 Tage

Gleich stark: 38, durchschnittlicher stationärer Aufenthalt (Mittelwert) 45,7 Tage

Besserung: 2, durchschnittlicher stationärer Aufenthalt (Mittelwert) 98,5 Tage.

5.1.4. Psoriasis und Gelenkbeschwerden

24 Patientinnen gaben an, daß sie zur Zeit der stationären Aufnahme unter Gelenkbeschwerden litten. Eine Aufschlüsselung der Gelenkbeschwerden war nur in wenigen Fällen möglich. Sie wird deshalb vernachlässigt.

Die stationäre Aufenthaltsdauer betrug im Mittel bei diesen 24 Patientinnen 49,7 Tage.

Zusammenfassung:

Zahl der befragten Patientinnen: 100

Stationäre Aufenthaltsdauer (Mittelwert) 45 Tage.

Zahl der effektiven Antworten: 24

Stationäre Aufenthaltsdauer (Mittelwert) 49,7 Tage.

5.1.5. Lokalisation der Erstmanifestation

Alle 100 Patientinnen konnten sich noch erinnern, an welchen Stellen beim erstmaligen Auftreten die Psoriasis lokalisiert war.

3 Patientinnen gaben an, daß sie von Anfang an am gesamten Körper gefallen waren. Einige nannten 2 oder 3 Lokalisationen. So erklärt sich, warum in Tab. 6 mehr als 100 Lokalisationen aufgezählt werden.

Um nicht in unzählig viele Lokalisationen aufzuteilen, wurden Handrücken und Handinnenflächen der oberen Extremität zugeteilt, entsprechend Fußsohle und Fußrücken der unteren. Intertriginöse Bereiche, Perianalgebiet und submammärer Befall wurden dem Stamm zugeordnet.

Mit 37% war der behaarte Kopf, gefolgt von den Ellbogen (35%) die häufigste Lokalisation. Auffallend wenig, bei nur 2 Patientinnen, war das Gesicht befallen. Die übrigen Lokalisationen und ihre Häufigkeit entnehme man Tab. 6.

Betrachtet man die Länge des stationären Aufenthaltes, so zeigt sich, daß die Patientinnen, bei denen anfangs das Gesicht (36,5 Tage), bzw., der behaarte Kopf befallen war (38,2 Tage), erheblich unter dem Durchschnittswert von 45 Tagen lagen. Ebenfalls noch unter dem Mittelwert blieb die Gruppe, bei denen die Knie befallen waren, mit 41,0 Tagen durchschnittlich. Weit über dem durchschnittlichen Wert, mit 50,9 Tagen, lag die Gruppe, bei der sich die Erstmanifestation am Stamm lokalisierte.

Die übrigen Gruppen entsprachen annähernd dem Mittelwert des stationären Aufenthaltes (s.Tab. 6).

Zusammenfassung:

Zahl der befragten Patientinnen: 100

Zahl der effektiven Antworten: 100

Häufigste Lokalisation zur Zeit der Erstmanifestation: behaarter Kopf (37%) und Ellbogen (35%).

Seltenste Lokalisation: Gesicht (2%).

Unter der durchschnittlichen stationären Aufenthaltsdauer:

Gesicht 36,5 Tage (Mittelwert), behaarter Kopf 38,2 Tage (Mittelwert) und Knie 41 Tage (Mittelwert)

Über dem Mittelwert des stationären Aufenthaltes:

Stamm: 50,9 (Mittelwert) und untere Extremität:

47,8 Tage (Mittelwert).

5.1.6. Dauer der Erkrankung seit Erstmanifestation

Die Angaben, die von den 100 Patientinnen gemacht wurden, schwanken zwischen erstmaligem Auftreten von Hauterscheinungen vor 3 Wochen und einem Bestehen der Krankheit seit über 48 Jahren. Teilen wir die einzelnen Ergebnisse in Gruppen zu jeweils 10 Jahren auf, so ergeben sich 5 Gruppen (s. Tab. 7).

44% unserer Patientinnen konnte man der 1. Gruppe von 0 - 9 Jahren seit Erstmanifestation zuordnen. 60% waren bis zu zwei Jahrzehnte von dem Krankheitsbild befallen. Die stationäre Aufenthaltsdauer der einzelnen Gruppen unterschied sich nur wenig voneinander (s. Tab. 7). Unter der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 45 Tagen blieben die beiden ersten Gruppen, die restlichen 3 Gruppen lagen über dem durchschnittlichen Wert des stationären Aufenthaltes aller Patientinnen.

Zusammenfassung:

Zahl der befragten Patientinnen: 100

Zahl der effektiven Antworten: 100

Unter der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 45 Tagen blieben 60% (60 Patientinnen). Sie litten zwischen 3 Wochen und 19 Jahren an ihrem Krankheitsbild. Über dem Durchschnittswert lagen 40% (40 Patientinnen). Dauer der Erkrankung seit Erstmanifestation zwischen 20 und 48 Jahren.

5.2. Beeinflussung des freien Intervalls

Zur Auswertung stehen 34 Katamnesebögen zur Verfügung. 31 Patientinnen hatten ein Rezidiv, 3 Patientinnen waren ohne erneute Hauterscheinungen geblieben. Zweifellos haben von den restlichen 66 Patientinnen noch einige Rezidive erlitten, jedoch keine Katamnesebögen zurückgeschickt. Im Folgenden wird versucht eine Aussage darüber zu machen ob sich die 31 Patientinnen mit gesichertem Rezidiv - die Rezidivgruppe - von den 3 Patientinnen ohne Rezidiv und den restlichen 66, also insgesamt 69 Patientinnen - die Vergleichsgruppe - unterscheiden.

5.2.1. Alter zur Zeit der Erstmanifestation

Das durchschnittliche Erstmanifestationsalter der Rezidivgruppe beträgt 25,5 Jahre, das der Vergleichsgruppe 26,7 Jahre. Es besteht demnach ein nur geringer Unterschied. Bei Aufschlüsselung der Katamnesen der Rezidivgruppe (31 Patientinnen) in 10-Jahresgruppen, ergeben sich für das Erstmanifestationsalter 7 Gruppen (s. Tab. 8). Das früheste Erstmanifestationsalter war 9 Jahre, das Älteste 70 Jahre.

38,7% (12 Patientinnen) gehörten der 2. Gruppe an, also den Patientinnen, die im 2. Lebensjahrzehnt zum ersten Mal an Psoriasis erkrankt waren. Es folgten nach der Häufigkeit die 3. Gruppe mit 22,6% (7 Patientinnen) und die 4. Gruppe mit 19,4% (6 Patientinnen). Den übrigen Gruppen gehörten jeweils nur 2 Patientinnen an (Gruppe 1 und 7), bzw. eine Patientin (Gruppe 5 und 6).

Das erscheinungsfreie Intervall dauerte im Minimalfall bei Gruppe 6 8 Tage (1 Patientin), im Maximalfall- Gruppe 1 - 153,5 Tage (Mittelwert). Übrige Werte siehe Tab. 8.

Über dem Durchschnittswert für das erscheinungsfreie Intervall aller 31 Patientinnen von 77,6 Tagen lagen die Gruppen 1,2,4 und 5, insgesamt 21 Patientinnen (67,7%). Unter diesem Mittelwert lagen die Gruppen 3,6 und 7.

Zusammenfassung:

Zahl der befragten Patientinnen: 100

Zahl der Antworten: 34

Zahl der effektiven Antworten: 31

Erstmanifestationsalter Rezidivgruppe: 25,5 Jahre.

Erstmanifestationsalter Vergleichsgruppe: 26,7 Jahre.

Dauer des erecheinungsfreien Intervalls - Rezidivgruppe -
77,6 Tage (Mittelwert).

67,7% (21 Patientinnen) zeigten ein längeres freies Intervall,
sie erkrankten im 1., 2., 4. und 5. Lebensjahrzehnt.

32,3% (10 Patientinnen) zeigten ein kürzeres freies
Intervall, sie erkrankten im 3., 6. und 7. Lebensjahrzehnt.

5.2.2 Familiäre Belastung

Von den 35 Fällen mit familiärer Belastung schickten 9 Patientinnen ihre Katamnesebögen zurück. Somit zeigten 29,3% (9 Patientinnen) der Rezidivgruppe (31 Patientinnen) familiäre Belastung. Bei der Vergleichsgruppe (69 Patientinnen) zeigten 26 Patientinnen familiäre Belastung, d.h. 37,7%. Somit zeigt sich, daß prozentual weniger Patientinnen mit familiärer Belastung der Rezidivgruppe angehören.

Im einzelnen waren bei der Rezidivgruppe folgende Familienmitglieder betroffen: Geschwister (6 Fälle), Vater (4 Fälle), Großmutter, Großonkel (je 1 Fall). In einem Fall zeigten 3 Familienmitglieder, in 2 Fällen je 2 Familienmitglieder dasselbe Krankheitsbild.

Das erscheinungsfreie Intervall der 9 Patientinnen mit familiärer Belastung lag im Mittel bei 69,6 Tagen. (Rezidivgruppe). Minimale Remissionsdauer 14 Tage, maximale Remissionsdauer 253 Tage.

Das erscheinungsfreie Intervall der restlichen 22 Patientinnen ohne familiäre Belastung (Vergleichsgruppe) lag im Mittel bei 82,1 Tage.

Minimalwert 8 Tage, Maximalwert 220 Tage.

Zusammenfassung:

Zahl der befragten Patientinnen: 100

Zahl der Antworten: 34

Zahl der effektiven Antworten: 9

Familiäre Belastung der Rezidivgruppe 9 Patientinnen (29.3%).

Familiäre Belastung der Vergleichsgruppe: 26 Patientinnen (37,7%).

Rezidivgruppe: Remissionsdauer der 9 Patientinnen mit familiärer Belastung: 69,6 Tage (Mittelwert).

Remissionsdauer der restlichen 22 Patientinnen ohne familiäre Belastung: 82,1 Tage (Mittelwert).

5.2.3 Schweregrad des Verlaufs

Zur Frage: Hat sich ihre Psoriasis im Laufe der Zeit
geändert? - schwerer ? - gleich stark ? -
besser ?

antworteten die 31 Patientinnen der Rezidivgruppe folgendermaßen: 58,1% (18 Patientinnen) gaben eine Verschlechterung im Laufe der Zeit an. Ihr erscheinungsfreies Intervall betrug 91,3 Tage. Bei 38,7% (12 Patientinnen) sei die Psoriasis gleichgeblieben. Die Dauer der Remission lag im Mittel bei 65 Tagen.

Eine Patientin (3,2%) gab an, daß sich die Psoriasis gebessert habe. Ihr erscheinungsfreies Intervall betrug 8 Tage.

Bei der Vergleichsgruppe ergaben sich folgende Antworten:

41 Patientinnen (59,4%) gaben eine Verschlechterung der Psoriasis im Laufe der Zeit an. Bei 26 Patientinnen (37,7%) blieben die Hauterscheinungen gleich. Bei jeweils einer Patientin war es zu einer Besserung gekommen, bzw. war die Psoriasis zum ersten Male aufgetreten.

Vergleicht man die Rezidivgruppe mit der Vergleichsgruppe, so entsprechen sich die Angaben über den Schweregrad des Verlaufes weitgehend.

Zusammenfassung:

Zahl der befragten Patientinnen: 100

Zahl der effektiven Antworten: 31

Angaben über die Änderung des Schweregrads des Verlaufs:

Schwerer: Rezidivgruppe 58,1%, Vergleichsgruppe: 59,4%

Gleichbleibend: Rezidivgruppe: 38,7%, Vergleichsgruppe: 37,7%

besser: Rezidivgruppe u. Vergleichsgruppe jeweils 1 Patientin.

Freies Intervall der Rezidivgruppe:

Verschlechterung: 18 Patientinnen (58,1%), Remissionsdauer 91,3 Tage (Mittelwert).

Gleich stark: 12 Patientinnen (38,1%) Remissionsdauer 65 Tage (Mittelwert).

Besserung: 1 Patientin (3,2%) Remissionsdauer 2 Tage.

5.2.4. Psoriasis und Gelenkbeschwerden

Von 24 Patientinnen, die zur Zeit der stationären Aufnahme an Gelenkbeschwerden litten, gehören 9 der Rezidivgruppe an, das entspricht 29%. In der Vergleichsgruppe gaben 16 Pat. zur Zeit der stationären Aufnahme Gelenkbeschwerden an. Prozentualer Anteil: 23,2%.

Die Rezidivgruppe zeigte gegenüber der Vergleichsgruppe in ca. 5% mehr Gelenkbeschwerden.

Das erscheinungsfreie Intervall der 9 Patientinnen mit Gelenkbefall dauerte minimal 30 Tage, (in 2 Fällen), maximal 220 Tage.

Der Mittelwert der Remissionsdauer beträgt 91,4 Tage.

Die restlichen 22 Patientinnen der Rezidivgruppe ohne Gelenkbeschwerden waren durchschnittlich 73,1 Tage erscheinungsfrei.

Zusammenfassung:

Zahl der befragten Patientinnen: 100

Zahl der effektiven Antworten: 9

Erscheinungsfreies Intervall aller 31 Patientinnen: 78,4 Tage, (Mittelwert).

Erscheinungsfreies Intervall der 9 Pat. mit Gelenkbefall: 91,4 (Mittelwert).

Erscheinungsfreies Intervall der restlichen 22 Patientinnen: 73,1 Tage (MW)

Anzahl der Patientinnen mit Gelenkbefall der Rezidivgruppe: 9 (29%)

Anzahl der Patientinnen mit Gelenkbefall der Vergleichsgruppe: 16 (23,2%).

5.2.5 Lokalisation der Erstmanifestation

Alle 31 Patientinnen, deren erscheinungsfreies Intervall bekannt ist, kommen zur Auswertung. (Rezidivgruppe).

1 Patientin war zur Zeit der Erstmanifestation am gesamten Körper befallen. Fast die Hälfte gab 2, teilweise auch 3 Lokalisationen zu Beginn ihrer Erkrankung an.

Die Vergleichsgruppe zeigte zur Rezidivgruppe Unterschiede an folgenden Lokalisationen der Erstmanifestation. (s.Tab.9).

Am behaarten Kopf waren 33,3% der Vergleichsgruppe, 45,2% der Rezidivgruppe befallen.

20,3% der Vergleichsgruppe, nur 9,7% der Rezidivgruppe gaben als Erstmanifestation der Psoriasis den Stamm an. Die übrigen Angaben der beiden Gruppen differierten nur wenig.

Bei Aufschlüsselung der Rezidivgruppe ergab sich folgendes Bild: Am häufigsten befallen war der behaarte Kopf (45,2%). Danach folgten die Ellbogen (32,3%), die Knie (25,8%) und die untere Extremität (19,4%).

Das Gesicht war nur in einem Fall betroffen. Übrige Lokalisationen siehe Tab. 10.

Das kürzeste erscheinungsfreie Intervall (8 Tage) zeigte die Patientin, deren Gesicht zur Zeit der Erstmanifestation befallen war. Es folgten die Gruppen mit Erstmanifestation der Psoriasis an der oberen Extremität (59 Tage), am Knie (60,1 Tage) und an den Ellbogen (72,1 Tage). Über der durchschnittlichen Remissionsdauer von 78,4 Tagen lagen die übrigen Gruppen und zwar:

- Erstmanifestationsort - behaarter Kopf - 83 Tage
- untere Extremität - 87,8 Tage
- Stamm 121 Tage

Zusammenfassung:

Zahl der befragten Patientinnen: 100

Zahl der effektiven Antworten: 31

Unterschied der Lokalisation der Erstmanifestation zwischen Rezidivgruppe und Vergleichsgruppe: behaarter Kopf 45,2% (Rezidivgruppe) gegenüber 33,3% (Vergleichsgruppe) und Stamm 9,7% (Rezidivgruppe) gegenüber 20,3% (Vergleichsgruppe).

Unter dem durchschnittlichen erscheinungsfreien Intervall (78,4 Tage) blieben:

- Erstmanifestationsort - Gesicht (1 Pat.) mit 8 Tagen (Mittelwert)
- obere Extremität (3 Pat.) mit 59 Tagen (Mittelwert)
- Knie (8 Pat.) mit 60,1 Tagen (Mittelwert)
- Ellbogen (10 Pat.) mit 72,1 Tagen (Mittelwert).

Über dem Mittelwert lagen:

- Erstmanifestation: - behaarter Kopf (14 Pat.) mit 83 Tagen (Mittelwert)
- untere Extremität (6 Pat.) mit 87,8 Tagen (Mittelwert).
- Stamm (3 Pat.) mit 121 Tagen (Mittelwert).

5.2.6. Dauer der Krankheit seit Erstmanifestation

Bei Betrachtung der Dauer der Erkrankung der Rezidivgruppe und der Vergleichsgruppe zeigten sich unterschiedliche prozentuale Verteilungen. Waren es bei der Rezidivgruppe 19,4% (6 Patientinnen) die schon 40 - 49 Jahre an Psoriasis litten, so waren es in der Vergleichsgruppe nur 5,8% (4 Patientinnen). 10 - 19 Jahre dauerte die Erkrankung in der Rezidivgruppe bei 19,4% (6 Patientinnen) in der Vergleichsgruppe 29% (20 Patientinnen), übrige Werte siehe Tab. 11.

Bei der Aufschlüsselung der Rezidivgruppe ergab sich folgendes: Das erstmalige Auftreten von Hauterscheinungen lag im Minimalfall 7 Monate, im Maximalfall 43 Jahre zurück. Teilen wir in Gruppen zu je 10 Jahren auf, so erhalten wir 5 Gruppen (s.Tab. 12):

41,9% (13 Patientinnen) befinden sich in Gruppe 1, also unter jenen Patientinnen, bei denen die Krankheit zwischen 0 und 9 Jahren bestand. Diese Gruppe, wie auch Gruppe 4 (1 Patientin) lag unter dem Mittelwert des erscheinungsfreien Intervalls aller 31 Patientinnen (78,4 Tage). Genaue Werte sieht Tabelle 12.

Über diesem Wert lagen die übrigen Gruppen 2,3 und 4.

Zusammenfassung:

Zahl der befragten Patientinnen : 100

Zahl der effektiven Antworten: 31

Unter dem Mittelwert des erscheinungsfreien Intervalls aller 31 Patientinnen von 78,4 Tagen lagen 45,1% (14 Patientinnen).

Sie gehören bis auf 1 den Patientinnen an, die zwischen 0 und 9 Jahren seit Erstmanifestation an Psoriasis erkrankt waren.

Über dem Mittelwert lagen 54,9% (17 Patientinnen).

Sie waren schon 10 bis 43 Jahre mit der Erkrankung behaftet.

Unterschiede in der prozentualen Verteilung beider Gruppen hinsichtlich der Dauer der Erkrankung ergaben sich vor allem bei:

10 - 19 Jahre: Rezidivgruppe 19,4%
Vergleichsgruppe 29%,

und 40 - 49 Jahre: Rezidivgruppe 19,4%
Vergleichsgruppe 5,8%.

6. Diskussion

6.1. Geschlechtsverteilung

Die hier untersuchten Patienten gehörten ausschließlich dem weiblichen Geschlecht an. Es ist deshalb aufschlußreich, den prozentualen Anteil der Frauen am gesamten, an Psoriasis erkrankten, Patientengut kennenzulernen. Einige Autoren berichten von einem, wenn auch geringen, Überwiegen des männlichen Geschlechts (Kellner, 1942, Steinberg, Becker, Fitzpatrick und Kierland 1951, Jansson, 1956, Dorn, 1957 und Stauffer, 1958).

Ein leichtes Überwiegen zugunsten des weiblichen Geschlechts zeigen Arbeiten aus England (Ingram 1954, Church 1958) und aus Dessau (Holzegel und Müller (1967)). Auch bei der an einem Kollektiv von 2144 Patienten durchgeführten Untersuchung von Farber, Bright und Nall (1968) halten die Frauen mit 55% ein leichtes Übergewicht. Eine nahezu gleiche Geschlechtsverteilung erbrachte die statistische Studie von Janula und Novotny (1965), die an einem noch größeren Patientengut, genau 2202 Patienten, entstand. Ebenfalls gleichmäßige Geschlechtsverteilung ergaben neuere Arbeiten in Deutschland (Braun-Falco, Burg und Farber 1972, Laum und Steigleder, 1972).

6.2.1. Stationäre Therapie

Prüft man die Literaturangaben zu den verschiedenen externen Behandlungsmöglichkeiten, so finden sich große Schwankungen in der Dauer der stationären Therapie. Mit 11 Tagen im Durchschnitt zeigte die Farber-Methode (Teerbad, UV-Bestrahlung, Kortikoidexterna und Dithranol) die besten Ergebnisse (Farber und Harris, 1970). Etwa 14 Tage (Comaish, 1965), bzw. 18-19 Tage (Mac Lennan und Hellier, 1961, Eichenberger - De Beer, 1967) benötigte die Behandlung mit Teerbad, UV-Bestrahlung und Dithranol, die sogenannte Ingram-Methode. Goeckerman's Teerbehandlung mit UV-Bestrahlungen kombiniert,

zeigte im allgemeinen nach 3-4 Wochen gute Erfolge (Knudsen, 1963, Rossi-Soffar, 1965, Mischler und Krebs, 1968, und Perry, Soderstrom und Schulze, 1968). Die Anwendung von fluorierten Kortikosteroidexterna brachte meist nach 2 Wochen eine Remission (Tye, Schiff und Ansell, 1963). Ohne nähere Angaben zur Therapie waren Statistiken über die Behandlungsdauer bei großen Patientenzahlen, so bei Huriez (1958), Janula und Novotny (1965) und Steigleder (1968). Bei ihnen schwankte die durchschnittliche Behandlungszeit zwischen 4 und 8 Wochen.

Eine Cignolin^R- und Teerbehandlung brachte nach durchschnittlich 38 Tagen gute Erfolge (Proppe und Paetzold, 1968). Reine Cignolin^R-Behandlung ergab nach Mischler und Krebs (1968) eine mittlere Behandlungszeit von knapp 4 Wochen, bei Laum und Steigleder (1972) waren es bei den weiblichen Patienten 5 Wochen. Dabei verteilte sich der Behandlungseffekt auf folgende Prozentzahlen: sehr gut 72%, gut 19%, befriedigend 8%, schlecht 1%. Die hier untersuchten Patientinnen wurden nach 45 Tagen (Mittelwert), also nach über 6 Wochen entlassen. Nach 40 Tagen verließen 40% in abgeheiltem Zustand die Klinik, nach 48 Tagen wurden die restlichen 60% in gebessertem Zustand entlassen.

Resultat: Die Behandlungsdauer der an unserer Klinik durchgeführten Cignolin^R-Therapie liegt im Vergleich zu den in der Literatur angegebenen Ergebnissen, an der oberen Grenze. Auffallend ist aber, daß die Länge des stationären Aufenthaltes bei in abgeheiltem Zustand Entlassenen um über eine Woche kürzer war, als bei denen, die in gebessertem Zustand die Klinik verließen.

6.2.2. Stationäre Behandlungsdauer bei zusätzlicher Gabe von Interna

Reichter (1950) fand bei seinen Untersuchungen, daß zusätzlich innerlich verabreichte Medikamente die Ergebnisse einer rein äußerlichen Therapie verschlechterten. So war die Behandlungsdauer der Patienten, die äußerlich und innerlich behandelt wurden, um mehr als 10 Tage durchschnittlich länger als die der Patienten, die nur extern behandelt wurden. Seine Erklärung, daß eine rein äußerliche Therapie bei den primär leichter beeinflusbar aussehenden Fällen, eine zusätzliche interne Behandlung bei schwierigeren Fällen angewandt werden sollte, wurde von Rossi-Soffar (1965) abgelehnt. Ihre Ergebnisse erbrachten keinen Unterschied in der Behandlungsdauer, ob nur äußerlich, oder zusätzlich auch innerlich behandelt wurde.

Unsere Untersuchungen zeigen, daß die 9 Patientinnen, die zusätzlich mit Triamcinolon oder Amethopterin behandelt wurden, eine um durchschnittlich 20 Tage längere stationäre Verweildauer hatten als die gesamten Patienten. Interne Medikation erhielten jedoch nur Patientinnen, bei denen es während der alleinigen Lokaltherapie zu immer neuen Eruptionen kam, oder bei denen eine schwer therapierbare Psoriasis pustulosa vorlag.

Resultat: Zusätzliche interne Behandlung erbrachte eine um 20 Tage längere stationäre Verweildauer. Die kleine Anzahl von 9 Patienten erlaubt aber keine allgemein gültige Aussage.

6.3. Das rezidivfreie Intervall

Die Dauer bis zum Wiederauftreten eines Rezidivs nach stationärer Entlassung konnte nur bei 31 Patientinnen festgestellt werden. Dies wurde oben eingehend besprochen. So kann man die Resultate, die sich

in diesem Kapitel ergeben, nur als mögliche Tendenzen werten. Für eine allgemein gültige Aussage ist das Zahlenmaterial zu gering.

6.3.1. Dauer des rezidivfreien Intervalls

Das Ergebnis einer optimalen Psoriasisbehandlung soll nicht nur ein möglichst kurzer stationärer Aufenthalt sein, sondern soll auch ein möglichst langes rezidivfreies Intervall nach sich ziehen. Goeckerman schrieb (1934), daß das freie Intervall mehrere Wochen bis zu einigen Jahren dauern kann. Auf jeden Fall unterscheide sich die Goeckerman-Methode nicht von anderen Therapieformen im Hinblick auf das freie Intervall. Diese Aussage bestätigte Rossi-Soffar (1965).

Über 5-18 Monate erstreckte sich die Zeit des freien Intervalls bei 3/4 der untersuchten Patienten, so berichten Farber und Peterson (1961), während es bei dem restlichen Viertel schon kurz nach Absetzen der Therapie zu einem Rezidiv kam. Nach einem halben Jahr waren bei 78% von 277 ambulant und stationär behandelten Patienten (Hippler, 1933), bei 76% von 108 stationär behandelten Patienten (Van der Meulen, 1937) erneut Psoriasis-Effloreszenzen aufgetreten. Weinsheimer (1937) beschrieb, daß es 3 Monate nach stationärer Behandlung von 93 Patienten, schon bei 65,3% zu einem erneuten Rezidiv gekommen sei. In diesen letzten drei Statistiken war keine Therapie genannt worden. Nach Mischler und Krebs (1968) zog die Behandlung mit Cignolin^R bei insgesamt 30 untersuchten Patienten ein freies Intervall von 26 Tagen (Zentralwert) nach sich. Nach 1 Monat waren schon 60% aller 30 Patienten erneut erkrankt.

Vergleichen wir unsere Werte mit den in der Literatur angegebenen, so finden sich kaum Unterschiede. Nach stationärer Entlassung trat bei 38% ein Rezidiv innerhalb eines Monats auf. Nach 3 Monaten waren schon 62%, nach einem halben Jahr fast 80% erneut an Psoriasis erkrankt. Wir berücksichtigen hier natürlich nur die Patientinnen, die ein gesichertes Rezidiv erlitten (Rezidivgruppe).

Die durchschnittliche Dauer des freien Intervalls im Hinblick auf den Entlassungszustand zeigte, daß die 12 Patientinnen, die in abgeheiltem Zustand entlassen wurden (38,7%), mit 109 Tagen (Mittelwert), fast doppelt so lang erscheinungsfrei waren, wie die restlichen Patientinnen, die in gebessertem Zustand die Klinik verließen, (ihr freies Intervall betrug 57,7 Tage im Mittel).

Resultat: Die Intervalldauer unterscheidet sich kaum von den in der Literatur gefundenen Werten. Auffällig ist aber, daß nach stationärer Abheilung ein fast doppelt so langes freies Intervall erreicht wird, als nach stationärer Besserung.

6.3.2. Einfluß einer Behandlung im freien Intervall

Von unseren 31 Patientinnen behandelten sich 17 mit Kortikosteroid-externa nach der stationären Entlassung.

Im Durchschnitt trat bei den Patientinnen, die sich behandelten, das Rezidiv 32 Tage früher auf, als bei den Patientinnen, die keine Therapie im freien Intervall durchführten. Betrachtet man die Länge des freien Intervalls im Hinblick auf den Entlassungszustand, so zeigt sich, daß die abgeheilten Patientinnen ohne externe Behandlung (7 Patienten) durchschnittlich 118 Tage länger rezidivfrei blieben, als die 7 Patientinnen in gebessertem Entlassungszustand. Bei der Kontrollgruppe, die sich behandelte, war das freie Intervall der abgeheilten Patienten (5 Fälle) durchschnittlich 28 Tage kürzer als das der gebesserten Patientinnen (12 Fälle).

Resultat: Eine Behandlung mit Kortikosteroidexterna nach Entlassung erbrachte kein längeres erscheinungsfreies Intervall.

6.3.3. Auswirkungen der Dauer des stationären Aufenthaltes auf die Dauer des freien Intervalls

Mischler und Krebs (1968) fanden in ihrer Untersuchung über die Länge des freien Krankheitsintervalls bei drei externen Psoriasis-behandlungen, daß die Goeckerman-Methode sowohl in der Kürze der Behandlungszeit, als auch in der Länge des rezidivfreien Intervalls den beiden anderen Behandlungsmethoden überlegen war. Folgende Tabelle verdeutlicht dies:

Behandlungsmethode	Anzahl der Patienten	durchschnittl. Dauer (in Tagen) der stat. Behandlung	des freien Intervalls
Flumethasonpivalat + Steinkohlenteer =Locacorten-Tar ^R	50	27,2	14
Dithranol	30	25,2	26,5
Goeckerman-Methode	18	23,2	35

Keine statistisch signifikante Korrelation fand Rossi-Soffar (1965) zwischen der Dauer des freien Intervalls und der Länge der Behandlung. Sie verglich die Goeckerman-Therapie mit der Therapie mit Chrysarobin.

Unsere Untersuchungen zeigen, daß das freie Intervall in etwa gleich lang ist, wenn die stationäre Behandlungszeit über der durchschnittlichen Behandlungsdauer liegt. Betrachtet man den Ent-

lassungszustand, so zeigt sich, daß abgeheilt entlassene Patientinnen, sowohl in der Dauer der Behandlung (hier zwar nur geringfügig), als auch in der Länge der Rezidivfreiheit denen überlegen waren, die als gebessert die Klinik verließen (siehe 4.4.1.).

Resultat: Zwischen der Länge des stationären Aufenthaltes und der Dauer des erscheinungsfreien Intervalls läßt sich keine Abhängigkeit feststellen. Der Entlassungszustand "abgeheilt" bringt deutlich bessere Ergebnisse als der Entlassungszustand "gebessert". Die Dauer der Behandlungszeit ist durchschnittlich 3 Tage kürzer, das freie Intervall fast doppelt so lang.

6.3.4. Exogene und endogene Faktoren als Ursache des Rezidivs.

Es ist allgemein bekannt, daß die Psoriasis durch Reizeinwirkung provozierbar ist. So z.B. durch Verletzungen (Farber und Mitarbeiter, 1968, und Braun-Falco, Burg und Farber, 1972), durch Angina tonsillaris (Cepicka und Tielsch, 1967, Dorn, 1957, Farber, Bright und Nall, 1968), durch grippale Infekte (Steinke, 1935) und durch Streßsituationen (Church, 1958). Ziel einer optimalen Therapie muß daher sein, neben der äußeren und/oder inneren Behandlung, den Patienten von diesen Provokationsfaktoren fernzuhalten, bzw. diese auszuschalten (siehe Steigleder, 1968). 38,2% (=13 Pat.) unserer 34 Patientinnen gaben eine mögliche Ursache für die Auslösung des Rezidivs an. 52,9% konnten keine auslösende Ursache angeben. 3 Patientinnen waren noch rezidivfrei nach 8 Monaten.

Farber und Mitarbeiter (1968), Braun-Falco, Burg und Farber (1972) und auch Urban (1973) konnten anhand ihrer Untersuchungen über größere Patientenkollektive statistisch verwertbare Schlüsse über die einzelnen Provokationsfaktoren ziehen.

Da nur von 13 Patientinnen eine mögliche Ursache als auslösender Faktor für das Rezidiv vorliegt, wird hier auf eine Aufschlüsselung verzichtet.

6.4. Beziehungen zwischen dem klinischen Bild der Psoriasis und den Therapieergebnissen

6.4.1. Alter zur Zeit der Erstmanifestation

In vielen Arbeiten wurde dargestellt, daß die Psoriasis bei Frauen früher auftritt als bei den Männern. (Steinberg und Mitarbeiter, 1951, Ingram, 1954, Stauffer, 1958, Lomholt, 1963, Braun-Falco, 1966, Zaun, 1973). Kellner (1942) beschrieb, daß Frauen hauptsächlich um das 15. Lebensjahr erkranken, Männer um das 25. Lebensjahr. Ähnliches berichten Dorn (1957) und Grüneberg (1958), nur erkrankten bei ihnen die Männer etwas früher, nämlich zwischen dem 15.-20., bzw. 17.-21. Lebensjahr.

Über das mittlere Erkrankungsalter finden sich von Autor zu Autor Abweichungen:

Janula und Novotny (1965): Frauen 19,8 Jahre, Männer 25,7 Jahre.

Jansson (1956): Frauen 22,7 Jahre, Männer 31,8 Jahre.

Farber und Mitarbeiter (1968): Frauen 26,2 Jahre, Männer 28,7 Jahre.

Steinberg und Mitarbeiter (1951): Frauen 28 Jahre, Männer 32 Jahre.

Weinsheimer (1937) kam zu dem Ergebnis, daß bis zum 30 Lebensjahr ca. 80% der Psoriatiker zum ersten Mal erkrankt sind.

Ein Häufigkeitsgipfel im 2. und 3. Lebensjahrzehnt bei weiblichen Patienten fanden Braun-Falco, Burg und Farber (1972), Weirich (1971) und Farber und Mitarbeiter (1968).

Unsere Ergebnisse fügen sich gut in diese Erfahrungen ein. Das Durchschnittsalter zur Zeit der Erstmanifestation betrug 26,3 Jahre.

48% unserer Patientinnen waren bis zum 20 Lebensjahr, 68% bis zum 30. Lebensjahr an Psoriasis erkrankt.

Wenn man das Alter zur Zeit der Erstmanifestation mit der Dauer des stationären Aufenthaltes in Beziehung setzt, findet man ab dem 40. Lebensjahr eine Zunahme der durchschnittlichen Behandlungszeit. Wenig Aufschluß gibt die Berechnung des freien Intervalls in Bezug zum Erstmanifestationsalter. Zum einen sind in den einzelnen Altersgruppen zu wenig Vertreter, zum zweiten sind große Schwankungen in der Länge des rezidivfreien Intervalls bei den einzelnen Gruppen (siehe Tabl. 8).

Resultat: Liegt das Erstmanifestationsalter jenseits des 40. Lebensjahres, so kann man mit einer längeren Behandlungsdauer rechnen. Zwischen Erstmanifestationsalter und rezidivfreien Intervall läßt sich keine Abhängigkeit feststellen.

6.4.2. Familiäre Belastung

Psoriasis vulgaris ist bekanntlich eine Erkrankung, die gehäuft in einzelnen Familien vorkommt. Seit Jahrzehnten wird versucht Einzelheiten über den Erbgang herauszufinden. So trugen Lomholt (1963) und Berger, Bickhardt, Born und Hundeiker (1969) umfassendes Material über Untersuchungen an ein- und zweieiigen Zwillingen zusammen. Neben vielen anderen untersuchten Romanus (1946), Spindler (1934) und Ward und Stephens (1961) die Nachkommenschaft und Stammbäume von Psoriatikern. Trotz intensiver Forschung konnte man bisher kein Schema für den Erbmodus finden. Als erbliche Erkrankung mit unregelmäßiger Dominanz wurde die Psoriasis von Braun-Falco (1965), Herdenstein (1958), Ingram (1960) und Ward und Stephens (1961) angesehen.

Watson, Cann, Farber und Nall veröffentlichten 1972 eine Untersuchung mit statistisch signifikanter familiärer Häufung. Dennoch konnten sie nicht mit Sicherheit klären, ob die Psoriasis einfach autosomal mit geringer Penetranz oder doppelt rezessiv vererbt wird, oder aber einem anderen Erbmodus folgt. Daher wird heute die Psoriasis als erbliche Dispositionskrankheit mit einem multifaktoriellen genetischen System bezeichnet (Keining und Braun-Falco, 1969, und Berger und Mitarbeiter 1969).

Betrachtet man die rein statistischen Untersuchungen über den prozentualen Anteil der Psoriatiker mit familiärer Belastung am gesamten Psoriasis-Krankengut, finden sich große Schwankungen. Das Maximum mit 91% familiärer Belastung gibt Lomholt (1963) an. Die übrigen Angaben waren: 10% Stauffer (1958), 20% Laum und Steigleder (1972), 31,1% Janula und Novotny (1965).

36% Farber und Mitarbeiter (1968), 39% Hoede (1931) und 41% Dorn (1957). Unsere Ergebnisse lassen sich in diese Angaben einordnen, denn 35% (=35 Pat.) gaben an, daß Familienmitglieder an Psoriasis erkrankt waren. Vergleicht man die Behandlungsdauer dieser 35 Patientinnen (48,1 Tage, Mittelwert) mit der stationären Aufenthaltssdauer aller Patientinnen (45 Tage, Mittelwert), so läßt sich nur ein unwesentlicher Unterschied feststellen.

Die Angaben über die Dauer des rezidivfreien Intervalls ergab Folgendes: Während die 9 Patientinnen mit familiärer Belastung eine mittlere Erscheinungsfreiheit von 69,6 Tagen aufweisen, waren es bei der Vergleichsgruppe ohne familiäre Belastung (22 Patientinnen) 82,1 Tage (Mittelwert).

Resultat: Patientinnen mit familiärer Belastung unterscheiden sich nur unwesentlich vom gesamten Patientengut hinsichtlich der Dauer der Behandlung. Betrachtet man jedoch die Remissionsdauer, so zeigt sich, daß Patientinnen ohne familiäre Belastung um fast 2 Wochen länger rezidivfrei blieben als Patientinnen mit familiärer Belastung.

6.4.3. Schweregrad des Verlaufs

Hier wurde nur der subjektive Eindruck der Patienten untersucht zur Frage: Hat sich ihre Psoriasis im Laufe der Zeit geändert? - schlechter? - besser? - gleich stark? Faktoren wie Länge des freien Intervalls, Ausbreitung der Effloreszenzen von der Erstmanifestationsstelle auf die übrigen Hautareale, psychische Belastung und viele andere waren ausschlaggebend für die Antworten. Es zeigte sich, daß die 2 Patientinnen die eine Besserung im Verlauf ihrer Krankheit sahen, doppelt so lang stationär behandelt werden mußten, wie die übrigen Patientinnen, die mit schlechter oder gleichstark antworteten. Da es sich aber nur um 2 Patienten handelt, läßt sich daraus kein Schluß ziehen. Vergleicht man die 31 Patientinnen mit gesichertem Rezidiv (Rezidivgruppe) mit den übrigen 69 Patientinnen (Vergleichsgruppe) zeigt sich keine Unterscheidung hinsichtlich des Schweregrades des Verlaufs.

Auffallend war beim rezidivfreien Intervall, daß 18 Patientinnen (58,1%) die Frage mit schlechter beantworteten. Sie hatten durchschnittlich das längste freie Intervall mit über 91 Tagen. 12 Patientinnen (38,7%) antworteten mit gleichstark. Ihr rezidivfreies Intervall lag fast 13 Tage unter dem Mittelwert aller 31 Patientinnen. Eine Patientin gab für den Verlauf ihrer Krankheit besser an, das Rezidiv kam bei ihr schon nach 8 Tagen.

Resultat: Das subjektive Empfinden der Patientinnen über den Verlauf ihrer Erkrankung läßt keine Schlüsse zu hinsichtlich der Behandlungsdauer. Obwohl 18 Patientinnen den Verlauf ihrer Krankheit mit schlechter angaben, waren sie 26 Tage durchschnittlich länger rezidivfrei.

6.4.4. Psoriasis und Gelenkbeschwerden

Lange schon herrscht keine einhellige Meinung unter den einzelnen Autoren darüber, ob es sich bei der Psoriasis arthropatica um ein selbständiges Krankheitsbild handelt, oder ob Psoriasis und Gelenkbeschwerden vollkommen voneinander getrennt werden müssen. Verfechter dieser 2. Meinung sind u.a. Romanus (1946) und Church (1958). - Als beweisend sahen sie an, daß Arthritis weniger häufig unter den Psoriatikern als unter der Normalbevölkerung auftritt.

Für eine nosologische Sonderstellung der Psoriasis arthropatica tritt Hornstein (1962) ein. Diese Meinung wird unterstützt von Reed (1961) und Bollet und Turner (1958), die die Unterschiede von Psoriasis arthropatica und rheumatoider Arthritis detailliert schildern.

Betrachten wir den in der Literatur angegebenen prozentualen Anteil der Psoriasispatienten mit Gelenkbefall am gesamten Psoriasispatientengut, so finden sich unterschiedliche Werte: 0,7% (Holzegg und Müller, 1967), 2% (Böni, 1957), 2,4% (Stauffer, 1958), 2,9% (Janula und Novotny, 1965), 5% (Hornstein, 1962). Goeckerman (1931) berichtet, daß von 936 Psoriatikern, 133 Pat. (14%) Gelenkbefall zeigten. Bei der Hälfte der Patienten, deren Arthritis behandelt wurde, seien mit Besserung der Arthritis die Hauterscheinungen verschwunden. Die Behandlungszeit habe sich nicht von der der übrigen Psoriasispatienten unterschieden.

Bei Farber, Bright und Nall (1966) waren es schließlich ein Viertel der 2.144 Pat. (37% Männer, 63% Frauen), die Psoriasis mit Arthritis angaben. Man muß aber bedenken, daß dieses Ergebnis auf Fragebögen basiert, die von den Patienten ohne ärztliche Hilfeleistung oder ärztliche Untersuchung beantwortet wurden. Damit vergleichbar sind auch unsere Ergebnisse. Von den 100 befragten Patientinnen

gaben 24 Gelenkbeschwerden an. Die Behandlungszeit dieser 24 Patientinnen lag durchschnittlich um 5 Tage höher als die aller Psoriatikerinnen. Nur 9 Patientinnen mit Gelenkbefall machten Angaben zum rezidivfreien Intervall. Es war durchschnittlich um 18 Tage länger als das der restlichen 22 Patientinnen mit gesichertem Rezidiv.

Vergleicht man die Patientinnen mit Gelenkbeschwerden der Rezidiv- und der Kontrollgruppe, so zeigt sich, daß der Rezidivgruppe 5% mehr Patientinnen angehören.

Resultat: Sowohl die stationäre Behandlungszeit, als auch das rezidivfreie Intervall scheint bei Patientinnen mit Gelenkbefall verlängert zu sein.

6.4.5. Lokalisation der Erstmanifestation

Eine große Anzahl von Arbeiten findet sich im Schrifttum über die hauptsächlichsten Lokalisationen der Psoriasis vulgaris. Als sogenannte Praedilektionsstellen kristallisierten sich die Ellbogen, die Knie und der behaarte Kopf heraus (Hahnemann, 1932, Müller 1963, Stauffer, 1968 und Keining und Braun-Falco, 1969).

Braun-Falco, Burg und Farber (1972) kamen in ihrer Fragebogenstudie zu dem Ergebnis, daß bei dem von ihnen untersuchten Patientengut, nicht eigentlich von echten Praedilektionsstellen gesprochen werden könne. So waren zur Zeit der Erstmanifestation 43% an den Ellbogen befallen, gefolgt vom behaarten Kopf (37%), der unteren Extremitäten (37%) und dem Stamm (34%). Nur bei 10% der Patienten war das Gesicht befallen.

Nach unseren Untersuchungen waren befallen:

behaarter Kopf (37%), Ellbogen (35%), Knie (23%), am wenigsten das Gesicht mit 2%.

Wenn man die Dauer des stationären Aufenthaltes mit der Lokalisation zur Zeit der Erstmanifestation in Beziehung setzt, findet sich folgendes:

Patientinnen, bei denen Praedilektionsstellen befallen waren, hatten durchschnittlich eine kürzere stationäre Behandlungsdauer. Auffällig war die hohe Rezidivrate der Patientinnen, deren Erstmanifestationsstelle der behaarte Kopf war, bzw. die niedrige Anzahl von Rezidiven bei Patientinnen, bei denen die Lokalisation der Erstmanifestation der Stamm war.

Ein Rezidiv trat bei Patientinnen, deren Erstlokalisation an den Praedilektionsorten lag, der behaarte Kopf sei hier ausgenommen, früher auf als bei den übrigen Patientinnen.

Resultat: Patientinnen, bei denen die Praedilektionsstellen (Ellbogen, Knie, behaarter Kopf) zur Zeit der Erstmanifestation befallen waren zeigen eine etwas kürzere stationäre Aufenthaltsdauer, das freie Intervall ist jedoch mit Ausnahme behaarter Kopf, ebenfalls verkürzt.

6.4.6. Dauer der Erkrankung seit Erstmanifestation

In diesem Abschnitt sollte überprüft werden, ob sich die Dauer der Psoriasis seit Erstmanifestation auf die Länge des stationären Aufenthaltes oder das rezidivfreie Intervall auswirkt.

Der durchschnittliche stationäre Aufenthalt dauerte bei den 60 Patientinnen, deren Erstmanifestation zwischen 3 Wochen und 20 Jahren zurücklag, nur wenig kürzer, als die durchschnittliche Behandlungszeit aller Patientinnen.

Die übrigen 40 Patientinnen lagen durchschnittlich etwas über dem Mittelwert aller Patientinnen. Sie waren schon länger als 20 Jahre an Psoriasis erkrankt. Rossi-Soffar (1965) kam in ihrer Untersuchung zu dem Ergebnis, daß zwischen der Dauer der Psoriasis und der Länge des stationären Aufenthaltes keine Abhängigkeit bestünde. Unsere Untersuchungen deuten darauf hin, daß mit zunehmender Dauer der Erkrankung die stationäre Behandlungszeit länger wird. Mischler (1968) fand keine Abhängigkeit der Intervall-Länge von der Gesamtdauer der Erkrankung. Sie gab zu bedenken, daß ihr Patientengut nur aus 98 Fällen bestand.

Wenn man unsere Ergebnisse und deren graphische Darstellung (Abb.4) betrachtet, zeichnet sich folgende Tendenz ab: Patienten, die bis zu 11 Jahren an Psoriasis erkrankt sind, haben durchschnittlich ein kürzeres rezidivfreies Intervall als das gesamte Patientengut.

Resultat: Die Patientinnen, deren Krankheit 20 Jahre und länger andauert, benötigen eine längere Behandlungszeit. Die Patienten die nicht länger als 10 Jahre an Psoriasis leiden, neigen früher zu einem Rezidiv.

Zusammenfassung

Von 1968 bis 1970 wurden insgesamt 100 Patientinnen in der Dermatologischen Klinik der Universität München stationär unter denselben Bedingungen mit einem standardisierten Therapie-schemata behandelt. Gleichzeitig wurde vom Untersucher anhand eines Fragebogens die genaue Anamnese aller Patientinnen erhoben. Bei Entlassung erhielten die Patientinnen einen Katamnesebogen, der bei Ausbruch eines Rezidivs zurückgeschickt werden sollte. Ziel der Studie war es, möglichen Korrelationen von Therapieergebnissen und Krankheitsbild bzw. Anamnese nachzugehen.

1. Die stationäre Behandlungsdauer betrug im Durchschnitt 45 Tage. In abgeheiltem Zustand konnten 40 Patientinnen nach ca. 40 Tagen (Mittelwert), in gebessertem Zustand 54 Patientinnen nach ca. 48 Tagen entlassen werden. Die Behandlungsdauer war zunächst von der vorliegenden Psoriasisform abhängig.

Von den 100 Patientinnen wiesen 93% eine Psoriasis vulgaris, 6% eine Psoriasis pustulosa auf. Die durchschnittliche Behandlungsdauer bei Psoriasis vulgaris betrug 43,7 Tage, bei Psoriasis pustulosa 62 Tage, d.h. fast 19 Tage länger als bei Psoriasis vulgaris. Ebenfalls eine längere Behandlungszeit lag dann vor, wenn schwere Psoriasisformen eine zusätzliche Behandlung mit Triamcinolon oder Amethopterin (9 Patientinnen) erforderlich machten. In diesem Fall betrug die Aufenthaltssdauer durchschnittlich 65 Tage.

2. Katamnestische Erhebungen waren nur in 34 Fällen durchführbar. 8 Monate nach Entlassung waren von diesen nur noch 3 Patientinnen erscheinungsfrei. Bei über einem Drittel der Patientinnen zeigten sich schon innerhalb von 4 Wochen erneute Hauterscheinungen. Nach 4 Monaten hatten schon fast 2/3 ein Rezidiv erlitten. Die durchschnittliche Rezidivfreiheit betrug 77 Tage.

Wurden die Patientinnen in abgeheiltem Zustand entlassen (knapp 40%), so dauerte ihre Rezidivfreiheit fast doppelt so lange, wie bei den in gebessertem Zustand Entlassenen.

Zusätzliche äußerliche Therapie mit Corticosteroiden während des erscheinungsfreien Intervalles erbrachte keine Verlängerung der Remissionsdauer.

Eine mögliche Ursache für die Auslösung des Rezidivs nannten 13 Patientinnen (38%), dabei wurde von über der Hälfte der Patientinnen seelische Aufregung angeführt.

3. Eine Beziehung zwischen anamnestischen und klinischen Daten der Psoriasis und den Therapieergebnissen wurde in den folgenden Abschnitten herauszustellen versucht. Dabei zeigte sich, daß die stationäre Behandlungsdauer mit zunehmendem Erstmanifestationsalter ab dem 40. Lebensjahr ansteigt, (durchschnittliches Erstmanifestationsalter: 26,3 Jahre).

Familiäre Belastung lag bei über einem Drittel der Patientinnen vor. Sie blieb ohne Einfluß auf die stationäre Behandlungsdauer.

59 Patientinnen berichten von einer Verschlechterungstendenz der Hauterscheinung mit zunehmender Dauer der Erkrankung. Ihre Behandlungszeit war dennoch kürzer als die der übrigen Patientinnen.

Gleichzeitig bestehende Gelenkbeschwerden (24 Patientinnen) verlängerten den stationären Aufenthalt durchschnittlich um knapp 5 Tage.

War der behaarte Kopf (Prädilektionsstelle) die Lokalisation der Erstmanifestation (37 Patientinnen), verkürzte sich die stationäre Behandlungsdauer um durchschnittlich eine Woche. Wurde der Stamm als Erstmanifestationsort angegeben, (17 Patientinnen), war der stationäre Aufenthalt im Durchschnitt fast 6 Tage länger.

Mit zunehmender Dauer der Erkrankung seit Erstmanifestation über 20 Jahre hinaus, verlängerte sich in geringem Maße die stationäre Behandlungsdauer.

Anhand der Katamnesebögen (Rezidiv-Gruppe) sollten Rückschlüsse auf die mögliche Beeinflussbarkeit der Dauer des rezidivfreien Intervalls gezogen werden.

Allerdings macht die geringe Zahl rückgesandter Katamnesebögen die Aussagen in diesem Teil der Arbeit unsicher und schwer deutbar. Bemerkenswert war zunächst die hohe Zahl von Rezidiven (selbst bei Berücksichtigung der Zahl der zurückgesandten Bögen). Damit wird deutlich, daß die angewandte Therapie zwar die Krankheitssymptome unterdrückt, in der Regel aber nicht zu langfristigen Remissionen führt.

Eine Verkürzung der durchschnittlichen Remissionsdauer wurde beobachtet bei familiärer Belastung.

Eine Verlängerung der durchschnittlichen Remissionsdauer fand sich u.a. bei Tendenz zu schwerem Verlauf, Bestehen von Gelenkbeschwerden und langer Erkrankungsdauer.

Ob diese teilweise schwer deutbaren Beobachtungen real sind, muß in Anbetracht der geringen Zahl erhaltener Katamnesebögen zunächst offen bleiben.

Entlassungs- zustand	Anzahl der Patientinnen %	Dauer des stat. Aufenthaltes in Tagen	
		insgesamt	durchschnittlich
abgeheilt	40	1601	40,0
gebessert	54	2606	48,3
auf eigenen Wunsch entl.			
od. Operations- verlegung	6	293	48,8
Gesamt	100	4499	45,0

Tab. 1: Entlassungszustand und Dauer des stationären Aufenthaltes.

	Psoriasis vulgaris			Psoriasis pustulosa			Erythrodermie	Psoriasis vulgaris und pustulosa Abgeheilt Gebessert
	Gesamt	Abgeheilt	Gebessert	Gesamt	Abgeheilt	Gebessert		
Anzahl der Patienten	93	38	55	6	2	4	-	- 1
Gesamter Aufenthalt	4069	1486	2583	373	115	258	-	- 57
Durchschn. Aufenthalt	43,75	39,11	46,96	62,17	57,5	64,5	-	- 57

Tab. 2: Behandlungsdauer und Entlassungszustand der verschiedenen Psoriasisformen

Zeitraum nach Entlassung		Anzahl der Patientinnen	%
1. Monat	1. Woche	2	38,2
	2. Woche	2	
	3. Woche	4	
	4. Woche	5	
2. Monat		4	11,8
3. Monat		4	11,8
4. Monat		2	5,9
5. Monat		1	2,9
6. Monat		3	8,8
7. Monat		-	-
8. Monat		4	11,8
Über 8 Monate erscheinungsfrei		3	8,8

Tab. 3: Rezidiv nach Klinikentlassung

Auslösende Ursache	Anzahl der Patientinnen	%
Seelische Aufregung	7	20,6
Appendektomie	1	2,9
Tonsillitis	1	2,9
Grippaler Infekt	4	11,8
Unfall	-	-
Sonstige Hauterkrankungen	-	-
Sonstige innere Erkrankungen	-	-
Fragliche Ursache	18	52,9
ohne Rezidiv	3	8,8

Tab. 4: Auslösende Ursache des Rezidivs

Lebensjahr	Anzahl der Patientinnen in %	Dauer des stat. Aufenthaltes in Tagen	
		Gesamt	Mittelwert
1. - 9.	8	273	34,1
10. - 19.	40	1729	43,2
20. - 29.	20	783	39,1
30. - 39.	14	573	40,9
40. - 49.	3	158	52,7
50. - 59.	9	555	61,7
60. - 69.	5	251	50,2
70. - 79.	1	74	74,0

Tab. 5: Beziehung Erstmanifestationsalter - Dauer des stationären Aufenthaltes

Lokalisation	Anzahl	Dauer des stat. Aufenthaltes in Tagen	
		Gesamt	Mittelwert
behaarter Kopf	37	1412	38,2
Ellbogen	35	1572	44,9
Knie	23	943	41,0
Stamm	17	866	50,9
Obere Extremität	12	551	45,9
Untere Extremität	18	860	47,8
Gesicht	2	73	36,5

Tab. 6: Beziehung zwischen der Dauer des stationären Aufenthaltes und der Lokalisation der Erstmanifestation.

Dauer der Erkrankung in Jahren seit Erst- manifestation	Anzahl der Patientinnen in %	Dauer des stationären Aufent- haltes in Tagen	
		Gesamt	Mittelwert
0 - 9	44	1944	44,18
10-19	26	1088	41,85
20-29	12	615	51,25
30-39	8	381	47,63
40-49	10	471	47,1

Tab.7: Beziehung zwischen Dauer der Erkrankung in Jahren seit Erst-
manifestation und der Dauer des stationären Aufenthaltes.

Gruppe	Lebensjahr	Anzahl der Patientinnen	%	Dauer des freien Intervalls in Tagen Gesamt	Mittelwert
1	1 - 9	2	6,45	307	153,5
2	10 - 19	12	38,7	1003	83,6
3	20 - 29	7	22,6	430	61,4
4	30 - 39	6	19,4	483	80,5
5	40 - 49	1	3,2	91	91
6	50 - 59	1	3,2	8	8
7	60 - 69	2	6,5	109	54,5

Tab. 8: Beziehung der Dauer der Erkrankung seit Erstmanifestation mit der Dauer des freien Intervalls.

Lokalisation	Rezidivgruppe		Vergleichsgruppe	
	Anzahl	%	Anzahl	%
behaarter Kopf	14	45,2	23	33,3
Ellbogen	10	32,3	25	36,2
Knie	8	25,8	15	21,4
Stamm	3	9,7	14	20,3
Obere Extremität	3	9,7	9	13,0
Untere Extremität	6	19,4	12	17,4
Gesicht	1	3,2	1	1,5

Tab. 9: Verteilung der Lokalisation der Erstmanifestation bei
Rezidiv- und Vergleichsgruppe.

Lokalisation	Anzahl	erscheinungsfreies Intervall in Tagen	
		Gesamt	Mittelwert
behaarter Kopf	14	1162	83
Ellbogen	10	721	72,1
Knie	8	481	60,1
Stamm	3	363	121,0
obere Extremität	3	177	59
untere Extremität	6	527	87,8
Gesicht	1	8	8

Tab. 10: Beziehung zwischen der Dauer der erscheinungsfreien
Intervalle und der Lokalisation der Erstmanifestation.

Dauer d. Krankheit seit Erstmanifestation in Jahren	Rezidivgruppe		Vergleichsgruppe	
	Anzahl	%	Anzahl	%
0 - 9	13	41,9	31	44,9
10 - 19	6	19,4	20	29,0
20 - 29	5	16,1	7	10,1
30 - 39	1	3,2	7	10,1
40 - 49	6	19,4	4	5,8

Tab. 11: Dauer der Krankheit seit Erstmanifestation. Anzahl der Patientinnen der Rezidiv- und der Vergleichsgruppe, aufgeteilt in 10-Jahresgruppen.

Gruppe	Dauer der Krankheit seit Erstmanifestation in Jahren	Anzahl der Patientinnen	%	Dauer des freien Intervalls in Tagen	
				Gesamt	Mittelwert
1	0 - 9	13	41,9	563	43,3
2	10 - 19	6	19,4	517	86,2
3	20 - 29	5	15,6	555	111
4	30 - 39	1	3,2	30	30
5	40 - 49	6	19,4	512	85,3

Tab. 12: Beziehung zwischen der Dauer der Krankheit in Jahren und der Dauer des freien Intervalls

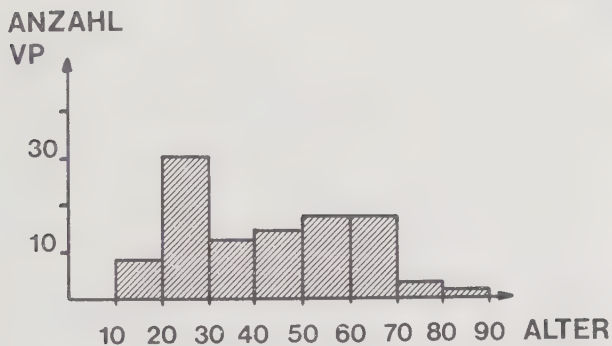


Abb. 1: Alter (in Jahren) zur Zeit der stationären Behandlung

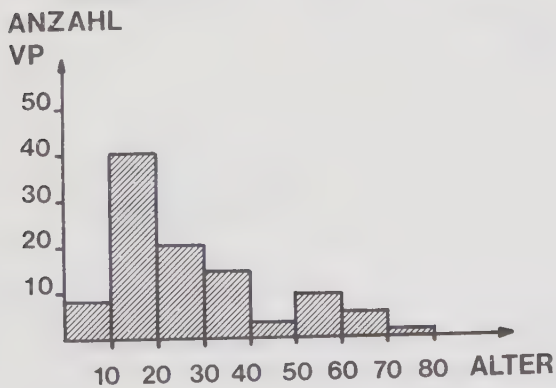


Abb. 2: Alter (in Jahren) zur Zeit der Erstmanifestation

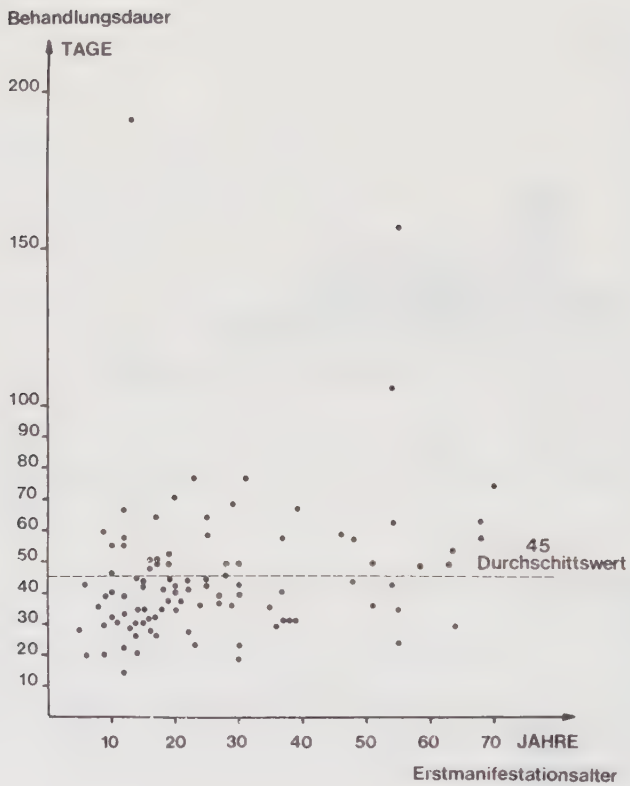


Abb. 3: Beeinflussung der stationären Behandlungsdauer vom Erstmanifestationsalter

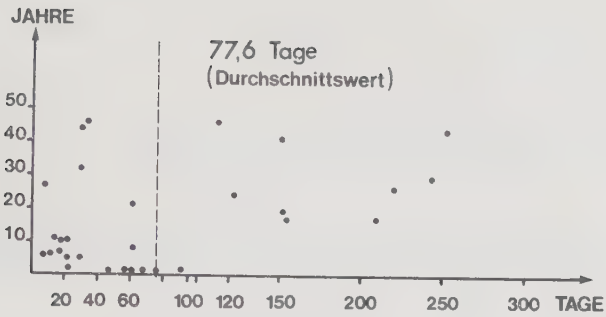


Abb. 4: Abhängigkeit des rezidivfreien Intervalls
von der Dauer der Erkrankung.

Literatur

Bollet, A.J. und Turner, R.E.: Psoriatic arthritis.

Ann. NY.Acad. Sci. 73, 1013-1019 (1958)

Braun-Falco O.: Übersicht über neuere Behandlungsverfahren der
Psoriasis vulgaris (Vitamin D2, Folsäure, Milchsäure u.a.)
Therapiewoche 13, 180-192 (1963)

Braun-Falco, O.: Zur Praxis der Psoriasisbehandlung. Dtsch. med.
Wschr. 90, 1995-1998, (1965)

Braun-Falco, O.: Zur Frage der Psoriasis; Dtsch.Ärzteblatt,
63, 1117-1124 und 1195-1200 (1966)

Braun-Falco, O.: Zum Problem der Psoriasis vulgaris,
Jap. J. Derm. 78, 558-588 (1968)

Braun-Falco, O., Burg, G. und Farber, E.M.: Psoriasis. Eine Fragebogen-
studie bei 536 Patienten. Münch. Med.Wchn. Schr. 114,
23, 1105-1110 (1972)

Böni, A.: Die Psoriasis-Arthritis.

Dermatologica (Basel) 115, 467-476 (1957)

Berger, H., Bickhardt, R., Born, W., Hundeiker, M. (Berichterstatter):
Psoriasis; Internationale Klausurtagung in Tittisee
am 24. und 25. Oktober 1969.

Burckhardt, W.: Therapie der Psoriasis; Ther. Gegenw. 102, 1098-
1110 (1963)

- Cepicka, W. und Tielsch, R.: Fokalinfekt und Psoriasis vulgaris.
Derm. Wschr. 153, 193-199, (1967)
- Church, R.: The prospect of psoriasis. Brit. J.Derm. 70,
139-145 (1958)
- Comaish, St.: Ingram Method of Treating Psoriasis. Arch. Derm 92,
56-58 (1965)
- Dorn, H.: Psoriasis als Erbleiden unter besonderer Berücksichtigung
der Mutationsrate. Z. Haut- u. Geschl.-Kr. 22,
110-119 (1957)
- Eichenberger - De Beer, H.: Erfahrungen an der Dermatologischen
Klinik Zürich mit der Behandlung nach Ingram bei
Psoriasis. Dermatologica (Basel) 135, 233-237 (1967)
- Farber, E.M., Bright, R.D. and M.L. Nall: Psoriasis - A questionnaire
survey of 2.144 patients. Arch. Derm. 98, 248-259 (1966)
- Farber, E.M. und Harris D.R.: Hospital Treatment of Psoriasis.
A Modified Anthralin Program. Arch. Derm. 101,
381-389 (1970)
- Farber, E.M. und Peterson, J.B.: Variations in the natural history
of psoriasis.
Calif. Med. 95, 6-11 (1961).
- Goeckerman, W.H.: Continued observations on the use of crude coal
tar and ultraviolet light. Arch. Derm. 24,
446-450 (1931).
- Grüneberg, Th.: Psoriasis vulgaris in Gottron-Schönfeld: Dermatologie
und Venerologie, 11/1, 472-494 (Thieme Verlag, 1958)

Hahnemann, H.: Beitrag zur Statistik der Psoriasis vulgaris.

Dissertation, Würzburg, 1932.

Herdenstain, C.G.: ref. Z. Haut- und Geschl.-Kr. 102, 204 (1958/59)

Hippler, M.: Das Schicksal unserer Psoriasispatienten nach klinischer und ambulanter Behandlung. Dissertation, Münster, 1932

Hoede, K.: Umwelt und Erbllichkeit bei der Entstehung der Schuppenflechte, Habilitationsschrift, Würzburg, 1931.

Holzegel, K. und Müller, Ch.: Beitrag zur Psoriasis vulgaris - Eine Zehnjahresanalyse (1956-1966). Derm. Wschr. 153, 324-332 (1967).

Hornstein, O.: Zur nosologischen Stellung der Psoriasis arthropathica. Arch. klin. exper. Dermato: 214, 622-651 (1962).

Huriez, M.C.: Facteurs étio-pathogéniques et tactique thérapeutique proposée après étude par l'équipe lilloise de 488 cas du psoriasis hospitalisés en 15 ans. Bull. Soc. franç. Derm. Syph. 65, 519-528 (1958).

Ingram, J.T.: The significance and management of psoriasis. Brit. M.J. 2, 823-828 (1954)

Ingram, J.T.: Gedanken zur Psoriasis. Hautarzt 11, 318-320 (1960)

Jansson, H.: Statistische Betrachtung zur Anamnese von Psoriasis-kranken. Z.Haut- und Geschlechtskr. 21, 215-218 (1956)

Janula F. und Novotny, F.: Zur statistischen Erforschung der Psoriasis. Hautarzt 16, 241-246 (1965).

- Keining, E. und Braun-Falco, O.: Dermatologie und Venerologie.
J.F.Lehmanns, München 1969.
- Kellner, E.: Psoriasis. Statistische Erhebungen aus der Universitäts-
Hautklinik Innsbruck, Dissertation, Innsbruck, 1941.
ref. Derm. Wschr. 115, 975 (1942)
- Knudsen, E.A.: Treatment of psoriasis with tar baths. Brit. J.Derm. 75,
428-433 (1963)
- Korting, G.W.: Interne Therapie. Arch. klin. exp. Derm. 227, 216-228 (1966)
- Korting, G.W.: Therapie der Hautkrankheiten. F.K.Schattauer, Stuttgart-
New-York, 1970.
- Krebs, A.: Aktuelle Psoriasistherapie. Altbewährtes und Neues in der
Behandlung der Schuppenflechte. Ther. Umschau 24,
451-459 (1967).
- Krebs, A. und Schaltegger, H.: Untersuchungen zur Strukturspezifität
der Psoriasisheilmittel Chrysarobin und Dithranol
Hautarzt 20, 204-209 (1969)
- Laum, J.H. und Steigleder, G.K.: Behandlungsdauer bei kombinierter
Cignolin-Salicylsäure-Vaseline-Behandlung. Hautarzt 23,
204-206 (1972)
- Lomholt, G.: Psoriasis. Prevalance, spontaneous course and genetics.
G.E.C. Gad , Copenhagen, 1963.
- Mac Lennan, A. and Hellier, F.F.: The Treatment Time in Psoriasis.
Brit.J.Derm. 73, 439-444 (1961)

- Mischler, M.: Die Dauer des freien Krankheitsintervalls bei Psoriasis nach vergleichender externer Behandlung mit Flumethasonpivalat + Steinkohlenteer, Dithranol und Steinkohlenteer + Ultraviolett - Bestrahlungen, unter besonderer Berücksichtigung der antipsoriatischen Wirksamkeit der kombinierten Flumethasonpivalat + Steinkohlenteer. Dissertation, Bern, 1968.
- Mischler, M. und Krebs, A.: Über die Länge des freien Krankheitsintervalls bei drei vergleichenden externen Psoriasisbehandlungen. *Dermatologica* (Basel) 137, 193-201 (1968).
- Müller, A.C.: Zur Statistik der Psoriasis vulgaris, Dissertation, Leipzig, 1933.
- Perry, H.D., Soderstrom, C.W. und Schulze, R.W.: The Goeckerman-Treatment of Psoriasis. *Arch. Derm.* 98, 178-182 (1968).
- Proppe, A. und Paetzold, O.H.: "Hagermanns" Triamcinolon-Acetonid-Tinktur bei Psoriasis vulgaris. *Med. Welt*, 19, 627-636 (1968).
- Rassner, G.: Fortschritte in der Behandlung der Psoriasis. *Fortschr. prakt. Derm. Ven.* 6, 131-141 (1970).
- Rassner, G.: Therapie der Psoriasis; *Med. Klin.* 67, 323-326 (1972)
- Reed, W.B.: Psoriatic arthritis. *Acta derm. - vener.* 41, 396-403, (1961)
- Reichter, E.: Zur Frage der Beeinflussungsmöglichkeit der Psoriasis durch interne Therapie, *Dermatologica* (Basel) 100, 168-175 (1950)
- Rossi-Soffar, G.: Psoriasis. A Statistical Study of the Goeckerman and the Chrysarobin Therapies, and of Various Factors Influencing the Clinic. *Dermatologica* (Basel) 130, 53-97 (1965).
- Romanus, T.: Psoriasis from a prognostic and hereditary point of view. *Acta derm. vener.* 26, 5-127 (1946)

- Spindler, A.: Zur Vererbung der Psoriasis vulgaris. Arch. Dermat. u. Syph. 169, 417-420 (1934).
- Stauffer, H.: Beobachtungen an Psoriasis. Dermatologica 117, 413-428 (1958).
- Steigleder, G.K.: Die Rehabilitation des Psoriasis-kranken. Hautarzt 19, 71-75 (1968).
- Steinberg, A.G., Becker, S.W., Fitzpatrick, T.B. und Kierland, R.R. : A genetic and statistical study of psoriasis. Am. J. Human. genet., 3, 267-281 (1951).
- Steinke, A.: Stellungnahme zu umstrittenen Fragen bei der Psoriasis; Dissertation, Berlin, 1935.
- Tye, M.J., Schiff, B.L. and Ansell, H.B.: Response of psoriatic lesions to topical fluocinolone acetonide. Arch. Derm. 87, 67-71 (1963).
- Urban, K.: Untersuchungen über Verlaufsfaktoren bei Psoriasis. Dissertation, München, 1973.
- Van der Meulen, H.: Een katamnestisch onderzoek bij patienten met psoriasis vulgaris. Dissertation, Amsterdam, 1957.
- Ward, J.H. and Stephans, F.E.: Inheritance of psoriasis in a Utah Kindred. Arch. Derm. 84, 589-592 (1961).
- Weinsheimer, E.: Das Schicksal unserer Psoriasis-kranken. Dissertation, Freiburg, 1937.
- Weirich, E.G.: Die systemische Therapie der Psoriasis. Hautarzt 11, 193-201 (1960).

Weirich, E.G.: Die externe Therapie der Psoriasis. Therapiewoche, 963-992 (1971).

Watson, W., Cann, H.M., Farber, E.M. und Nall, M.L.: The genetics of Psoriasis. Arch. Derm. 105, 197-207 (1972).

Zaun, H.: Einige Daten zum Einfluß therapieunabhängiger Faktoren auf die Heilungsdauer des Psoriasisschubes. Hautarzt 24, 189-193 (1973).

Zumbusch, L. von, 1912, zit. nach Hippler, M.: Das Schicksal unserer Psoriasispatienten nach klinischer und ambulanter Behandlung. Diss., Münster, 1932.

An dieser Stelle möchte ich Herrn Prof. Dr. med. G. Rassner sehr herzlich danken für die Überlassung des Themas, seine immer freundliche Hilfe, Geduld und Unterstützung bei der Fertigstellung der Arbeit.

Lebenslauf

Am 26.1.1944 wurde ich als Sohn des Allgemeinarztes Dr.med.Joachim Karge und seiner Ehefrau Lore Karge, geborene Maier, in Uhingen, Krs. Göppingen geboren.

Nach Besuch der Grundschule in Uhingen und des Gymnasiums in Göppingen, legte ich am 4.3.1965 am Freihof-Gymnasium in Göppingen die Reifeprüfung ab.

An der Ludwig-Maximilians-Universität in München begann ich am 22.4.1965 das Studium der Medizin. Dort folgten auch die naturwissenschaftliche Vorprüfung am 25.4.1966, die ärztliche Vorprüfung am 26.10.1967, schließlich die ärztliche Prüfung am 17.12.1970.

Nach Ableistung der Medizinalassistentenzeit und zwischenzeitlicher Aushilfe in der väterlichen Allgemeinpraxis, wurde mir am 11.10.1972 die Approbation als Arzt erteilt.

Vom 6.11.1972 bis 5.3.1973 leistete ich am Bundeswehrkrankenhaus München den Wehrdienst ab.

Als Volontärarzt war ich an der Dermatologischen Klinik und Poliklinik München vom 1.6. - 31.8.1973. Dieser Klinik gehöre ich seit 1.10.1973 als Verwalter der Dienstgeschäfte eines wissenschaftlichen Assistenten an.

